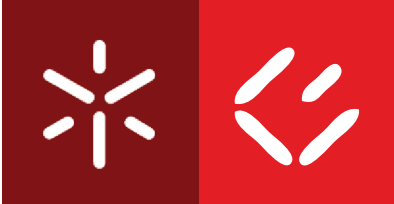


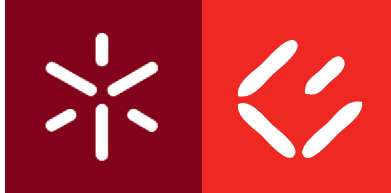


Maria Joana Bruno de Sousa Neto

**Análise da implementação do Plano
Nacional para a Segurança dos Doentes no
Hospital de Braga**

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão





Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria Joana Bruno de Sousa Neto

**Análise da implementação do Plano
Nacional para a Segurança dos Doentes no
Hospital de Braga**

Projeto de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Nazaré da Glória Gonçalves
do Rego**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual

CC BY-NC-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado e a consequente elaboração deste projeto só foi possível porque contou com importantes e indispensáveis apoios e incentivos, de muitas pessoas que, de forma direta ou indireta, estiveram ao meu lado nesta minha aventura.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Nazaré Rego, pelo seu apoio, disponibilidade, empenho e incentivo na elaboração deste projeto.

Um enorme obrigada, carregado de amizade, à Enfermeira Sílvia Oliveira, pelos seus conselhos, dedicação, profissionalismo e pela enorme ajuda na elaboração deste projeto.

Um agradecimento muito especial à minha querida amiga Luísa Libano, pela ajuda incondicional e disponibilidade total em toda esta fase do meu mestrado.

À Comissão Executiva do Hospital de Braga por me ter autorizado a elaboração deste trabalho.

Aos colaboradores do Hospital de Braga que, de forma pronta e prestável, responderam ao meu questionário.

A todos os meus amigos e aos meus colegas de trabalho que estiveram sempre do meu lado durante a vida e, particularmente, nesta fase.

Um agradecimento muito particular aos meus pais, Anabela e José, pois sem eles e sem os princípios e valores que me transmitiram não seria a pessoa que sou.

Um agradecimento enorme ao Nuno, pela sua generosidade e pela alegria que me traz.

Por último, o maior de todos os agradecimentos, aos meus filhos, Andreia e Gonçalo. Eles são o meu maior orgulho, uma fonte de inspiração e incentivo.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 31 de outubro de 2019

Maria Joana Bruno de Sousa Neto

RESUMO

A segurança do doente é da responsabilidade de todos os intervenientes, uma prioridade absoluta que implica melhores conhecimentos para que os cuidados sejam mais seguros.

Este trabalho descreve e analisa o estado da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) no Hospital de Braga (HB) no final do primeiro semestre de 2019.

O PNSD é composto por nove objetivos estratégicos, que têm como finalidade alcançar as metas estabelecidas até ao final de 2020. Foram pormenorizadamente analisados quatro desses objetivos: “aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”; “aumentar a segurança da comunicação”; “aumentar a segurança cirúrgica”; e “assegurar a identificação inequívoca dos doentes”.

A pesquisa centrou-se na análise do Despacho nº 1400-A/2015, na recolha e análise de dados facultados pelo gabinete de gestão do risco e pelas diferentes áreas responsáveis pela implementação do PNSD e obtidos através de um inquérito aos profissionais do HB elaborado para o efeito.

Após o processamento, cruzamento e análise das informações recolhidas, foi possível verificar que, de um modo geral, o HB cumpre com as normas e instruções relativas à implementação do PNSD. Sempre que tal não acontece, fornecem-se sugestões no sentido de as atingir, contribuindo para um aumento da segurança dos doentes.

Palavras Chave: Hospital de Braga, Plano Nacional para a Segurança do Doente, Segurança do doente

ABSTRACT

Patient's safety is a responsibility of all parts involved, an absolute priority that requires better knowledge so that care can be safer.

This work describes and analyzes the state of the National Patient Safety Plan implementation in Hospital de Braga (HB) at the end of the first semester of 2019.

The National Patient Safety Plan is composed by nine strategic objectives that have the purpose of attaining expected goals until the end of 2020. The following four objectives were thoroughly analyzed: "increase safety culture in internal environment"; "increase communication safety"; "increase surgery safety"; and "assure unambiguous patient identification".

The work concerned the analysis of Despacho nº 1400-A/2015 (legislation that published the National Patient Safety Plan), and the collection and analysis of information obtained from the risk management department and other involved departments and obtained through a questionnaire developed for the purpose.

The processing, triangulation and analysis of the information collected resulted in the finding that, in general, HB implemented the rules and instructions of the National Patient Safety Plan. Whenever gaps were observed, this work provides suggestions to shorten them, improving patient safety.

Keywords: Hospital de Braga, National Patient Safety Plan, Patient Safety

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
Abstract	vi
Índice	vii
Lista de figuras.....	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xii
1. Introdução.....	1
1.1 Enquadramento.....	1
1.2 O Hospital de Braga	2
1.2.1 Introdução	2
1.2.2 Instalações.....	3
1.2.3 Recursos Humanos	5
1.2.4 Missão e Valores	6
1.3 Estrutura do relatório	7
2. Metodologia.....	8
2.1 Objetivo do projeto	8
2.2 Estratégia de investigação	8
2.3 Recolha de informação.....	8
2.3.1 Processo	8
2.3.2 Questionário.....	9
3. Enquadramento Teórico	12
3.1 A segurança do doente.....	12
3.2 Objetivo estratégico 1: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno	15
3.3 Objetivo estratégico 2: Aumentar a segurança da comunicação	18
3.4 Objetivo estratégico 3: Aumentar a segurança cirúrgica	19
3.5 Objetivo estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca dos doentes	23
4. Resultados da Avaliação sobre Implementação do PNSD no HB	24

4.1	Objetivo estratégico 1: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno	24
4.1.1	Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco	24
4.1.2	Resultados do inquérito efetuado	27
4.1.3	Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões	29
4.2	Objetivo estratégico 2: Aumentar a segurança da comunicação	30
4.2.1	Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco	30
4.2.2	Resultados do inquérito efetuado	32
4.2.3	Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões	33
4.3	Objetivo estratégico 3: Aumentar a segurança cirúrgica	33
4.3.1	Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco	33
4.3.2	Resultados do inquérito efetuado	36
4.3.3	Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões	37
4.4	Objetivo estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca dos doentes	38
4.4.1	Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco	38
4.4.2	Resultados do inquérito efetuado	40
4.4.3	Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões	41
5.	Conclusões	42
5.1	Trabalho efetuado	42
5.2	Limitações	42
5.3	Principais conclusões	43
5.4	Trabalho futuro	45
	Bibliografia	47
	Referências bibliográficas	47
	Apêndice I – Questionário	53

Anexos	55
Anexo I – Pedido de autorização ao Hospital de Braga	56
Anexo II - Auditoria Passagem de Turno 2018	57
Anexo III - Marcação do Local da Intervenção Cirúrgica.....	58
Anexo IV - Contagem de Compressas	60
Anexo V - Contagem de Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório	63
Anexo VI - Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica	65
Anexo VIII - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.....	75
Anexo IX - Relatório Auditoria Interna Cirurgia Segura	83
Anexo X - Política Identificação de Doentes	83
Anexo XI - Identificação de Doentes	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Áreas para a prática clínica do Hospital de Braga (Fonte dos Dados: Costa, 2019)..	4
Figura 2 - Colaboradores do Hospital de Braga por profissão em março de 2019 (Fonte dos Dados: Costa, 2019)	5
Figura 3 - Profissionais do Hospital de Braga por faixa etária em março de 2019 (Fonte dos Dados: Costa, 2019)	5
Figura 4 - Profissionais do Hospital de Braga por género (Fonte dos Dados: Costa, 2019).....	6
Figura 5 - Cartaz SBAR (retirado de Segurança na Saúde, Proposta #2, José de Mello Saúde)	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pertinência das questões presentes no questionário em estudo.....	10
Tabela 2 – Amostra do inquérito.....	11
Tabela 3 - Caracterização etária da amostra.....	11
Tabela 4 - Resultados do HB no estudo sobre a avaliação da cultura de segurança do doente realizado pelo DGQ-DGS	25
Tabela 5 – Conhecimento do PNSD e resposta a questionário da DGS.....	28
Tabela 6 – Notificação de eventos adversos: percepção da importância, notificação anterior, percepção sobre acessibilidade da plataforma.....	29
Tabela 7 – Conhecimento da metodologia ISBAR.....	32
Tabela 8 – Conhecimento acerca da implementação de procedimentos de segurança cirúrgica por grupo profissional	36
Tabela 9 – Procedimentos de segurança cirúrgica indicados pelos profissionais que responderam que o HB implementou procedimentos de segurança cirúrgica.....	37
Tabela 10 – Conhecimento sobre se o HB implementou práticas de identificação dos doentes por grupo profissional	40
Tabela 11 – Procedimentos de identificação dos doentes indicados pelos profissionais que responderam que o HB implementou esse tipo de procedimentos.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS - Direção Geral de Saúde

DQS – Departamento da Qualidade em Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HB - Hospital de Braga

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MS – Ministério da Saúde

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo

PPP - Parceria Público-Privada

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto relata o trabalho de investigação resultante da análise do impacto que produz a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD) no Hospital de Braga (HB), realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O objetivo deste trabalho é perceber se o PNSD está a ser implementado no HB com vista a alcançar, em 2020, as metas propostas pelo mesmo. Para isso, analisaram-se os objetivos estratégicos propostos, dando especial relevância aos seguintes: “aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”; “aumentar a segurança da comunicação”; “aumentar a segurança cirúrgica”; e “assegurar a identificação inequívoca dos doentes”.

1.1 Enquadramento

A segurança dos doentes é cada vez mais uma prioridade à escala mundial. O mesmo acontece nas unidades de saúde, verificando-se a procura de soluções e a implementação de medidas que visem proteger o doente. O PNSD, cujo horizonte temporal corresponde ao período 2015-2020, surge através do Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, emitido pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando a recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes e decorre da estratégia nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la. Assim, compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços prestadores de cuidados de saúde, neste caso, do HB, assegurar a implementação das medidas necessárias para que se cumpram todas as ações estabelecidas no referido plano. O PNSD é o retrato desta preocupação crescente com a segurança dos doentes. Contudo, o conhecimento acerca das medidas descritas neste plano é escasso, tanto da parte dos doentes como das unidades de saúde.

Existindo algum desconhecimento e falta de entendimento de grande parte da comunidade hospitalar no que diz respeito aos motivos que levam à implementação de algumas medidas, com impacto real nas suas atividades diárias, bem como sobre se essas medidas estão a ser implementadas de forma eficaz e eficiente, tornou-se necessária a realização de um estudo

que tentasse dar resposta a estas dúvidas. Para além disso, o presente estudo permitirá fazer sugestões ao HB sobre a implementação do PNSD nesta instituição.

O PNSD é um documento extremamente extenso e complexo, composto por nove objetivos estratégicos. Este estudo consistiu numa análise ao documento acima referido e posterior avaliação do estado da implementação de quatro dos seus objetivos estratégicos no Hospital de Braga, até ao final do primeiro semestre de 2019.

1.2 O Hospital de Braga

1.2.1 Introdução

Em setembro de 2009, a José de Mello Saúde, assumiu a gestão do Hospital de S. Marcos de Braga, em regime de Parceria Público-Privada (PPP). O atual Hospital de Braga, edificado em quatro blocos unidos por uma ágora, numa área de construção de 140.000 m², dos quais 100.000 m² atribuídos à área clínica, entrou em funcionamento durante o mês de maio de 2011, substituindo o antigo Hospital de São Marcos (Costa, 2019). A sua construção foi pensada de forma a facilitar e promover uma dinâmica de trabalho eficiente, tendo em vista a qualidade dos serviços prestados e consequente satisfação dos utentes. O investimento em instalações equipadas com aparelhos tecnológicos de alta gama impulsionou um alargamento dos cuidados de saúde, bem como a qualidade dos mesmos (Costa, 2019).

Com uma capacidade para 750 camas, o HB serve uma área direta de 320.000 utentes e global de 1.200.000 utentes, entre os distritos de Braga e Viana do Castelo. Assume a primeira linha nos concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde, e a segunda linha nos restantes concelhos dos distritos supracitados. É referência em primeira linha das especialidades de Cirurgia Geral, Estomatologia/Medicina Dentária, Gastrenterologia, Medicina Interna, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrino e Pneumologia, e em segunda linha das restantes especialidades, entre as quais, Pediatria, Cardiologia, Neonatologia, Neurologia e Oncologia (Costa, 2019).

O HB localiza-se na zona este da cidade, próximo da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, permitindo a articulação entre as duas instituições, de forma a promover a investigação e a aprendizagem num ambiente de trabalho efetivo.

Este hospital dispõe de instalações que proporcionam o atendimento com qualidade e segurança de modo a atingir a plena satisfação dos utentes; dispõe também de profissionais diferenciados e qualificados nas áreas clínicas em que é prestador e recursos humanos sensibilizados para a promoção de práticas seguras e implementação de medidas que levem à promoção da saúde; e é uma instituição com missão e valores direcionados para a prestação de cuidados de excelência aos seus utentes, promovendo a saúde e prevenindo e combatendo a doença. Nas subsecções seguintes, descrevem-se estes aspetos com maior detalhe.

1.2.2 Instalações

O HB tem todas as especialidades clínicas, com exceção da Cirurgia Cardiotorácica e da Hematologia Clínica. Tem 704 camas distribuídas por quartos individuais ou duplos e 73 camas reservadas para as unidades de cuidados especiais. No que concerne às instalações dedicadas à prática clínica das várias especialidades (ver Figura 1), o HB possui cento e vinte e oito gabinetes de consulta médica, quarenta e cinco gabinetes para realização de exames de complemento ao diagnóstico, um bloco operatório composto por catorze salas de cirurgia, bloco de partos com oito salas individuais, urgência geral, pediátrica e obstétrica, um laboratório utilizado pelas especialidades de Anatomia Patológica, Patologia Clínica e ImunoHemoterapia, uma central de colheitas com sete boxes, um Banco de Sangue para recolha de dádivas, um serviço de Imagiologia, um serviço de Radioterapia, um serviço de Medicina Nuclear, um serviço de Medicina Física e Reabilitação com uma piscina de reabilitação e um ginásio de reabilitação cardíaca. Para além destes, dispõe de serviços administrativos de apoio ao funcionamento do hospital, de serviços de apoio à logística (armazém de material clínico, cozinha, rouparia) e de Serviços Farmacêuticos (Costa, 2019).

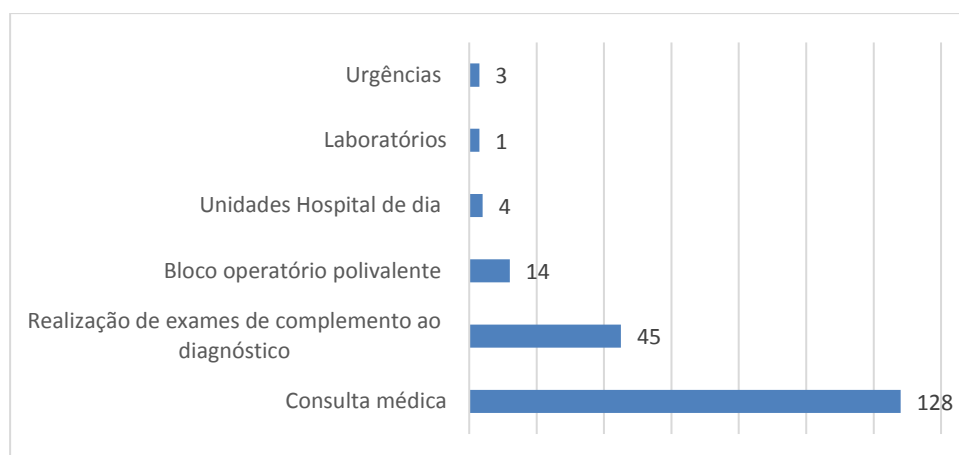


Figura 1 - Áreas para a prática clínica do Hospital de Braga (Fonte dos Dados: Costa, 2019)

Pela importância no desenvolvimento deste projeto, descreve-se o Gabinete de Gestão do Risco. O Gabinete de Gestão do Risco está inserido na Direção da Qualidade e tem como missão pôr em prática métodos de trabalho mais seguros, na tentativa de minimizar o risco que se encontra sempre presente em cada procedimento. “A Qualidade, entendida no sentido de “fazer bem à primeira tendo em conta o estado da arte e a maximização da sua efetividade ao menor custo, com a colaboração e a satisfação de todos”, deve estar presente em todos os atos do Hospital de Braga.” (Hospital de Braga, 2017). Desta forma, a Gestão do Risco é responsável por contribuir para a segurança dos doentes, consciencializando os profissionais de saúde da importância do risco inerente a cada ato prestado ao doente e proporcionando condições para que se atue segundo as melhores práticas.

A Direção da Qualidade foi constituída como estrutura organizacional integradora das diversas áreas que promovem a melhoria contínua da Qualidade, nomeadamente as relacionadas com a Segurança do Doente, Gestão do Risco e Controlo de Infecção. Como tal, compete-lhe implementar e acompanhar as ações identificadas no PNSD, bem como fazer cumprir os calendários estabelecidos, assegurando uma boa gestão dos recursos envolvidos (Ministério da Saúde, 2015).

A crescente preocupação dos doentes, familiares, profissionais de saúde e unidades de saúde na segurança do doente no internamento, tornou-se uma prioridade. As Direções de Qualidade das unidades hospitalares, através dos Gabinetes de Gestão do Risco, têm uma responsabilidade acrescida na promoção da garantia da segurança dos doentes.

Deste modo, é da competência da Gestão do Risco a implementação de todas as ações necessárias para que se cumpram as metas estabelecidas no Despacho nº 1400-A/2015, no Hospital de Braga.

1.2.3 Recursos Humanos

Em março de 2019, o HB tinha 2.899 colaboradores (ver Figura 2), dos quais, 915 enfermeiros, 714 assistentes operacionais, 474 médicos especialistas, 280 médicos internos, 237 assistentes técnicos, 160 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 40 técnicos superiores de saúde e 78 com outras funções. Apenas 31 colaboradores têm menos de 21 anos, 2.262 têm idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos, e 606 com mais de 51 anos (ver Figura 3); 76% são do sexo feminino (ver Figura 4). Entre 2009 e 2018, o número de colaboradores do HB aumentou 52% (Costa, 2019).

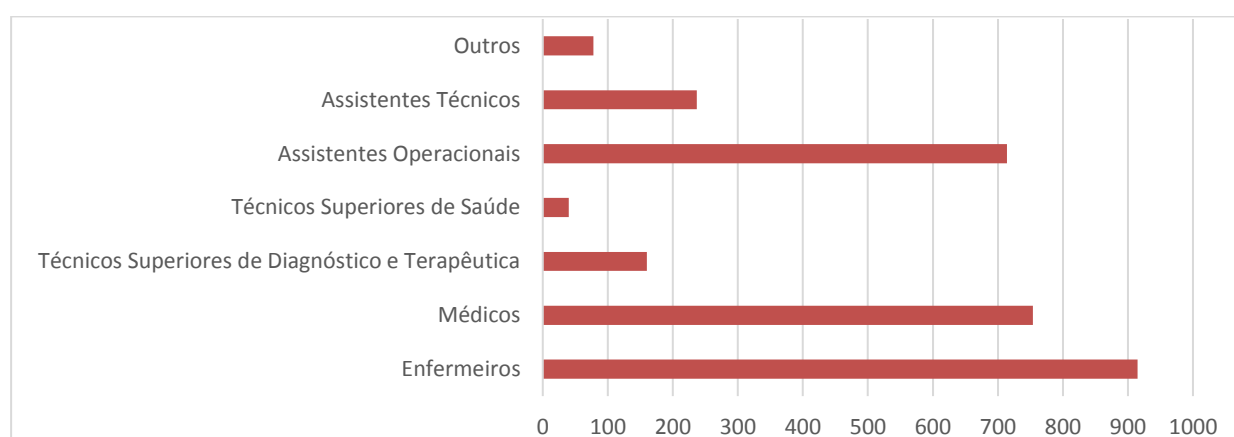


Figura 2 - Colaboradores do Hospital de Braga por profissão em março de 2019 (Fonte dos Dados: Costa, 2019)

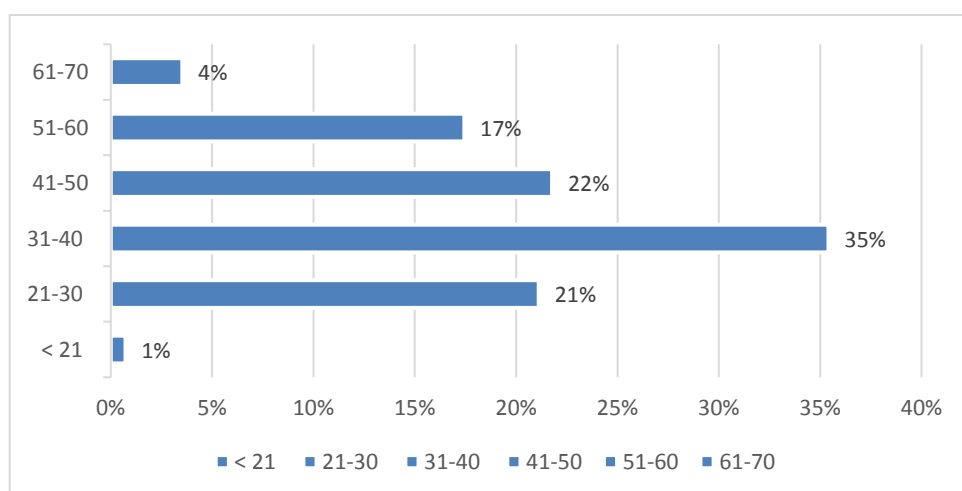


Figura 3 - Profissionais do Hospital de Braga por faixa etária em março de 2019 (Fonte dos Dados: Costa, 2019)

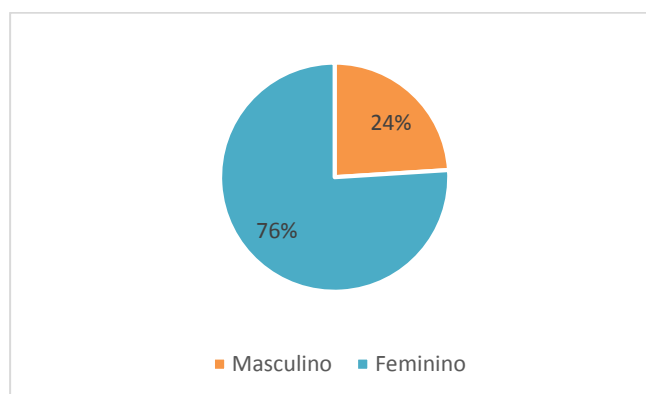


Figura 4 - Profissionais do Hospital de Braga por género (Fonte dos Dados: Costa, 2019)

1.2.4 Missão e Valores

O HB tem como objetivos a promoção de uma prática clínica de qualidade, a satisfação dos colaboradores, utentes, familiares e visitantes, assumindo-se como hospital de referência para todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mantendo um equilíbrio económico-financeiro positivo (Costa, 2019).

A sua missão assenta na prestação de cuidados de excelência aos seus utentes, mantendo e cumprindo o Contrato de Gestão estabelecido com o estado. Para isso, compromete-se a (Costa, 2019):

- assegurar o Serviço de Urgência 24h por dia;
- realizar ações paliativas aos utentes em Internamento e constituindo, formando e mantendo uma equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos;
- promover a saúde, prevenir e combater a doença e colaborar no ensino e na investigação científica em ordem a contribuir para o bem-estar físico, mental e social da pessoa humana;
- garantir o acesso às prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos integrados no SNS;
- como hospital de referência para a Região do Minho, a prestar à população residente nesta região todos os cuidados de saúde de que venha a carecer, no âmbito do seu perfil assistencial, tendo sempre como princípio norteador o primado do utente;

- assegurar as condições necessárias para o exercício da atividade de ensino médico pré-graduado e de investigação científica como Hospital de Ensino Universitário.

O HB gere as suas atividades respeitando, partilhando e privilegiando os seguintes valores (Costa, 2019):

- respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa;
- desenvolvimento humano;
- competência;
- inovação;
- responsabilidade.

O HB foi reconhecido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), no que diz respeito à segurança do doente, como um prestador que cumpre com os parâmetros de qualidade exigidos, tendo obtido o primeiro nível de classificação (ERS, 2019). Este nível de classificação confirma o cumprimento de critérios essenciais para a prestação de cuidados de saúde nos parâmetros de qualidade exigidos em cinco dimensões de avaliação: Excelência Clínica, Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização do Utente e Satisfação do Utente (ERS, 2019). A segurança do doente, enquanto prioridade na promoção da saúde, depende da interligação de todos os fatores inerentes à prestação dos cuidados aos doentes.

1.3 Estrutura do relatório

No próximo capítulo, descrevem-se os objetivos do trabalho e o método seguido para os atingir. No capítulo 3, descreve-se cada um dos objetivos do PNSD (Despacho nº 1400-A/2015), de modo a enquadrar o trabalho apresentado nos capítulos posteriores. O capítulo 4 descreve o estado em que se encontram implementados os objetivos enunciados no PNSD e o atual posicionamento do HB face à possibilidade e intenção de realizar o total cumprimento das metas definidas. Finalmente, no capítulo 5, descrevem-se as limitações do trabalho efetuado, apresentam-se as principais conclusões e sugerem-se desenvolvimentos futuros para o trabalho realizado.

2. METODOLOGIA

2.1 Objetivo do projeto

Considerando como base o Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, assumimos como objetivo central deste projeto descrever, analisar e aprofundar a implementação do PNSD 2015-2020 no HB, que obedece a uma calendarização para o desenvolvimento de ações que permitam a persecução das metas nele estabelecidas até ao final de 2020.

Assim, pretende-se averiguar as ações e estratégias implementadas, as implicações que terão na organização e gestão hospitalar, bem como, quais as dificuldades ou limitações encontradas no cumprimento das metas a atingir.

2.2 Estratégia de investigação

Foi desenvolvido um estudo de caso que assentou numa pesquisa de carácter fenomenológico, recorrendo a dados qualitativos e quantitativos recolhidos para observação e análise de forma exploratória e descritiva. A pesquisa caracterizou-se por exploratória e descritiva na medida em que foi premissa encontrar ideias e informação, através da recolha de dados facultados pelo Gabinete de Gestão do Risco e pelas diferentes áreas responsáveis pela implementação do PNSD no HB, descrevendo-os posteriormente de forma detalhada.

Neste trabalho, foi analisado o Despacho nº 1400-A/2015, bem como os eventos e dados relativos à segurança dos doentes nos cuidados de saúde do HB.

2.3 Recolha de informação

2.3.1 Processo

A recolha de toda a informação foi precedida por um pedido de autorização ao Hospital de Braga, especificamente ao Presidente do Conselho de Administração (Anexo 1), e conduzida com intuito de perceber quais os procedimentos que já estão a ser implementados para atingir as metas propostas pelo PNSD, bem como a possibilidade de concretização das mesmas,

tendo-se recorrido à aplicação de uma pesquisa de carácter fenomenológico para verificar aspetos, conceitos e teorias presentes através da recolha de dados qualitativos observáveis.

“O modelo de recolha de dados não é senão a identificação das diversas etapas que, de uma forma coerente e sistemática, nos indicam uma determinada perspetiva.” (Lima e Pacheco, 2006, p. 20) Realizaram-se várias reuniões e entrevistas não estruturadas, com a responsável pelo Gabinete de Gestão do Risco, Enf. Sílvia Oliveira, para obtenção dos dados e documentos necessários. Durante estas reuniões e entrevistas, foram tiradas notas acerca dos procedimentos implementados no HB, dos resultados obtidos, segundo as normas e diretrizes da Direção Geral de Saúde (DGS), relativamente à implementação do PNSD. Para além das conversas informais, desde janeiro do presente ano, foram trocados emails com partilha de informações e de documentos, alguns deles anexados ao presente documento.

Foram enviados dois emails ao Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde, um em abril e o outro em junho de 2019, solicitando informações sobre se seria possível obter os relatórios da DQS-DGS, relativos aos nove objetivos estratégicos constantes no PNSD. Em resposta aos emails, informaram, agosto de 2019, que os resultados se encontravam na página de internet da DGS. No que diz respeito a um dos objetivos, aumentar a segurança cirúrgica, o último relatório é de 2015.

Elaborou-se um questionário com o propósito de recolher informação acerca do conhecimento geral dos colaboradores do HB sobre a implementação do PNSD 2015-2020 e, nomeadamente, sobre os objetivos estratégicos “1 - aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”; “2 – aumentar a segurança da comunicação”; “3 – aumentar a segurança cirúrgica” e “5 – assegurar a identificação inequívoca dos doentes”.

2.3.2 Questionário

Com o intuito de analisar que perceção têm os profissionais de saúde do HB acerca do PNSD e dos objetivos estudados neste projeto, elaborou-se um questionário composto por dez perguntas da autoria da investigadora (Apêndice 1), sendo que uma serve para identificar o grupo profissional, outra a faixa etária dos profissionais. As restantes são perguntas fechadas, seis delas dicotómicas, ou seja, de resposta “sim” ou “não”, e duas tricotómicas, “sim”, “não” e “não sei” (Lakatos e Marconi, 2003). Nestas duas últimas, acrescentou-se uma pergunta

aberta, isto é, no caso de a resposta ser “sim”, pede-se ao colaborador que indique o que conhece.

Devido à limitação de tempo decorrente da duração do projeto, não foi possível testar o mesmo antes de o utilizar, tal como seria ideal, de modo a poder ser reformulado, modificado e melhorado, aumentando a sua validade e fiabilidade (Lakatos e Marconi, 2003).

Na Tabela 1, apresentam-se as questões do questionário e a sua intenção. Os questionários foram entregues pessoalmente, de forma aleatória, tendo em conta a intenção de conseguir respostas dos diversos grupos profissionais, numa percentagem idêntica entre eles.

Tabela 1 - Pertinência das questões presentes no questionário em estudo

Questão	Intenção da questão
1) Grupo profissional a que pertence	Comparar o grau de conhecimento acerca da existência do PNSD dos diferentes grupos profissionais.
2) Faixa etária	Idem, relativamente à idade dos inquiridos.
3) Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020?	Permite avaliar se os colaboradores sabem ou não da existência do PNSD.
4) Alguma vez respondeu a um questionário da Direção Geral da Saúde sobre a perceção da cultura de segurança do doente	Dado que, em 2014, 2016 e 2018, foi efetuado um questionário da DGS sobre a perceção da cultura de segurança do doente no HB, permite avaliar se os colaboradores responderam ao mesmo.
5) Acerca da segurança cirúrgica, o Hospital de Braga implementou procedimentos nesse sentido? Se sim, por favor, indique um exemplo.	Perceber se os vários profissionais reconhecem a aplicação de procedimentos.
6) No que diz respeito à comunicação estruturada em saúde, sabe o que significa a metodologia ISBAR?	ISBAR significa <i>Identify</i> (Identificação), <i>Situation</i> (Situação atual), <i>Background</i> (Antecedentes), <i>Assessment</i> (Avaliação) e <i>Recommendation</i> (Recomendações). Perceber se os profissionais afirmam conhecer o significado desta sigla.
7) O Hospital de Braga implementou práticas seguras da identificação dos doentes? Se sim, por favor, indique uma dessas práticas.	Perceber se os profissionais percebem que tenham sido implementadas práticas seguras de identificação do doente e se conseguem apresentar um exemplo desse tipo de práticas.
8) Considera importante a notificação de eventos adversos?	Os eventos adversos são uma das razões mais importantes para a implementação do PNSD. A questão pretende aferir se os vários profissionais consideram importante notificá-los.
9) Já alguma vez notificou um evento adverso?	Perceber que proporção da amostra (e dos vários grupos profissionais) notificou efeitos adversos.
10) Para fazer uma notificação de evento adverso, o sistema disponível no Hospital de Braga parece-lhe acessível?	Perceber se os profissionais do HB consideram o sistema de notificações de eventos adversos acessível. A acessibilidade será um dos fatores a influenciar a (não) notificação.

Num universo de 2899 colaboradores do HB, distribuídos por sete categorias profissionais, obtiveram-se 253 respostas (9%), distribuídas conforme apresentado na Tabela 2 e na Tabela 3. Depois da recolha dos dados, procedeu-se à sua análise e interpretação. Os resultados obtidos são apresentados no Capítulo 4.

Tabela 2 – Amostra do inquérito

Grupo profissional	Estrutura da população (profissionais do HB) em março de 2019	Nº de respondentes	% no número de respondentes
Assistentes Operacionais	25%	39	15%
Assistentes Técnicos	8%	27	11%
Enfermeiros	32%	84	33%
Médicos	26%	46	18%
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	6%	36	14%
Técnicos Superiores de Saúde	1%	9	4%
Outros	3%	12	5%
Total	100%	253	100%

Tabela 3 - Caracterização etária da amostra

Grupo profissional	Faixa etária						Total da amostra
	< 21	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	
Assistente Operacional	0	12	9	12	5	1	39
Assistente Técnico	0	2	8	7	10	0	27
Enfermeiro	0	14	29	19	20	2	84
Médico	0	13	10	11	6	6	46
Outros	0	6	2	3	0	1	12
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	0	8	7	13	8	0	36
Técnico Superior de Saúde	0	2	3	1	3	0	9
Total da amostra	0	57	68	66	52	10	253
% na amostra	0 %	23%	27%	26%	21%	4%	100%
Estrutura da população, HB (março de 2019)	1%	21%	35%	22%	17%	4%	2899

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 A segurança do doente

Num contexto de preocupação global com a segurança dos doentes, considerado universalmente um grave problema de saúde pública, os avanços na investigação e métodos de estudo desta problemática revelam-se de extrema importância (DGS, 2011a).

Organizações científicas e internacionais, nomeadamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Institute of Medicine, Agency for Healthcare Research and Quality, a National Patient Safety Agency, a União Europeia (UE) e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), têm recomendado aos países e estados membros a avaliação da cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, para assim se alcançarem melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes (Council of the European Union, 2009).

A segurança do doente é da responsabilidade de todos os intervenientes, uma prioridade absoluta que implica melhores conhecimentos para que os cuidados sejam mais seguros.

Sendo a saúde uma condição indispensável à prosperidade económica de qualquer país, o sector da saúde é uma área delicada, quer a nível económico, quer a nível social, e está sujeito a um grande mediatismo. Dada a sua especificidade, é imperioso que as unidades prestadoras de serviços de saúde promovam a melhoria da sua eficiência e eficácia. “A análise do sector da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento, satisfazendo da melhor forma as necessidades da população, pode também ser vista de um ponto de vista económico” (Barros, 2009, Nota Prévia). Em Portugal, em 2016, 2017 e 2018, a despesa corrente em cuidados de saúde representou cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) (PORDATA, 2018a). Qualquer tipo de intervenção em saúde está diretamente relacionada com problemas sociais, económicos e financeiros, o que implica ter em conta que “uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve gastar menos em saúde, mas gastar melhor” (Campos, 2008, p. 26).

Investigadores portugueses do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, CINTESIS, realizaram um estudo nos hospitais públicos nacionais, onde demonstraram que em

6% dos internamentos ocorre, pelo menos, um evento adverso (Sousa-Pinto *et al*, 2018). De acordo com a investigação referida, esta situação custa ao SNS mais de 100 milhões de euros por ano. O estudo refere ainda o registo de mais de 500 mil complicações inesperadas a procedimentos médicos e 279 mil reações a medicamentos ao longo dos 16 anos do estudo. Os erros resultantes da prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde são os menos frequentes (90 mil ocorrências ao longo dos 16 anos do estudo). Durante o estudo referido, foi ainda possível estimar os custos financeiros associados a estas ocorrências: num internamento normal, os custos medianos são de 1.760 euros; nos internamentos que registam eventos adversos, ultrapassam-se os 3 mil euros.

Em 2011, no Relatório Técnico Final sobre a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, a Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que a segurança do doente pode ser também definida como a ausência de eventos adversos, evitáveis durante o processo de assistência médica, e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (DGS, 2011b).

Em Junho de 2009, o Conselho da União Europeia, tendo em conta vários pareceres do Comité Económico e Social Europeu, do Parlamento Europeu, do Comité das Regiões, bem como o Tratado que institui a Comunidade Europeia (nomeadamente o 2º parágrafo do nº 4 do artigo 152º), elaborou uma recomendação sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Council of the European Union, 2009). Esta recomendação considera alguns dados fulcrais nos hospitais dos Estados Membros, alertando para que 8 a 12% dos doentes internados possam ser afetados por eventos adversos ao receberem cuidados de saúde. Por seu lado, as infeções nosocomiais (infeções adquiridas em meio hospitalar) podem afetar um em cada vinte doentes hospitalizados, o que representará 4,1 milhões de doentes por ano na UE, e 37000 mortes anuais causadas por este tipo de infeções (Council of the European Union, 2009).

Os eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base (Gallotti, 2004). Segundo Mendes e Barroso (2014), um evento adverso pode ocorrer como resultado de uma série de fatores e circunstâncias. É primordial identificar os principais fatores que levam à ocorrência dos mesmos, no sentido de implementar medidas eficazes e eficientes para aumentar a segurança nos cuidados prestados e, consequentemente, nos sistemas de saúde.

Compete aos governantes tomarem medidas no sentido de melhorarem a qualidade e segurança dos doentes.

A OMS referiu, em março de 2018, dez factos sobre a segurança dos doentes, corroborando a necessidade de se implementarem normas e medidas estratégicas que evitem a ocorrência de eventos adversos (WHO, 2018a):

1. os eventos adversos causados aos doentes ocupam o 14º lugar na lista de causas de morbilidade e mortalidade mundial;
2. um em cada dez doentes sofre danos durante o internamento nos hospitais e 50% desses eram evitáveis;
3. a falta de segurança na prescrição de medicamentos e os erros de medicação, são uma das principais causas da ocorrência de eventos adversos; calcula-se que o custo global dos erros de medicação ultrapassa os 42.000 milhões de dólares por ano;
4. estima-se que 15% da atividade e dos gastos totais nos hospitais dos países pertencentes à OCDE são consequência direta de eventos adversos;
5. o investimento na redução de incidentes na segurança dos doentes pode levar a significantes poupanças financeiras;
6. de acordo com dados recentes, 14 em cada 100 doentes sofre uma infeção hospitalar;
7. mais de 1 milhão de doentes morre anualmente por complicações cirúrgicas;
8. o atraso no diagnóstico ou a falta de precisão do mesmo afetam e causam danos a um número substancial de doentes;
9. apesar da evolução da medicina no diagnóstico de doenças com a utilização de aparelhos de radiações ter vindo a melhorar, a exposição às radiações é perigosa e representa um problema para a saúde pública;
10. metade dos erros médicos primários são de carácter administrativo.

O PNSD determina competência aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde para “... alocar, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.” (Ministério da Saúde, 2015, p. 3882-(2)).

O PNSD visa atingir os seguintes objetivos estratégicos (Ministério da Saúde, 2015, p. 3882-3900):

1. aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. aumentar a segurança da comunicação;
3. aumentar a segurança cirúrgica;
4. aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. prevenir a ocorrência de quedas;
7. prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para que se cumpram estes objetivos, o PNSD obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam, nos seus planos de ação anuais, atividades que permitam a concretização destes nove objetivos.

3.2 Objetivo estratégico 1: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

Por recomendação da OMS e do Conselho da União Europeia, os Estados Membros devem proceder à avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde executam as suas funções. Esta é uma condição essencial para que sejam introduzidas mudanças nos comportamentos, permitindo melhorar os níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes (Ministério da Saúde, 2015).

No sentido de dar cumprimento ao objetivo estratégico 1, a avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, será realizada em anos alternados nos hospitais, através de questionários disponibilizados pela DGS e destinados a todos os profissionais que desempenham funções nas Instituições Hospitalares, independentemente da categoria profissional e do vínculo contratual. Os hospitais, através desta avaliação e mediante os resultados obtidos, terão possibilidade de (Ministério da Saúde, 2015):

- diagnosticar a sua cultura de segurança, podendo identificar melhorias;
- avaliar o impacto na segurança dos doentes;

- identificar indicadores que ajudem a implementar, no hospital, projetos centrados na segurança do doente;
- cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da UE;
- identificar indicadores que ajudem a implementar, no Hospital, projetos centrados na segurança do doente;
- identificar problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar os dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços.

Neste contexto, em 2014, o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DQS-DGS) realizou um estudo para uma primeira avaliação nacional da perceção dos profissionais de saúde acerca da cultura da segurança dos doentes nos hospitais em cinquenta e cinco unidades hospitalares portuguesas, no âmbito da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro. O estudo foi desenvolvido a partir de um questionário autopreenchido, com uma distribuição multidimensional (12 dimensões), composto por 42 itens avaliados através de uma escala de Likert, graduada em seis níveis desde "discordo fortemente" ou "nunca" (1) até "concordo fortemente" ou "sempre" (5), havendo ainda a possibilidade de assinalar "não se aplica" (DGS, 2015a). Para análise e interpretação dos resultados, utilizou-se a metodologia proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): procedeu-se à recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item o principal indicador de análise.

Apesar de terem sido tomadas uma série de medidas no sentido de maximizar a taxa de respostas ao questionário e de terem sido realizadas iniciativas junto dos hospitais ao nível da divulgação e comunicação aos profissionais, obtiveram-se apenas 17.928 questionários preenchidos, o que representou uma taxa de adesão global de 18,3% (DGS, 2015a).

Assim, desta primeira avaliação nacional, o DQS obteve as seguintes conclusões (DGS, 2015a):

1. a cultura de segurança do doente não estava amplamente assumida como uma prioridade pelos profissionais e pelas instituições;
2. a cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais era fraca;
3. a adesão dos hospitais privados foi pouco expressiva.

Mediante os resultados obtidos, surgiu a recomendação (DGS, 2015a) de que tanto as Administrações Regionais de Saúde (ARS), como os dirigentes dos hospitais e respetivas Comissões da Qualidade e Segurança devem evidenciar, junto dos seus profissionais, os ganhos com a perceção da cultura de segurança do doente, promovendo a sua adesão.

O questionário efetuado avaliou as dimensões da cultura de segurança do doente e a perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança da instituição (DGS, 2015a). As dimensões da cultura de segurança do doente estão divididas em doze pontos:

1. Trabalho em equipa (D1)
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2)
3. Apoio à segurança do doente pela gestão (D3)
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (D4)
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente (D5)
6. *Feedback* e comunicação acerca do erro (D6)
7. Abertura na comunicação (D7)
8. Frequência da notificação (D8)
9. Trabalho entre as unidades (D9)
10. Dotação de profissionais (D10)
11. Transições¹ (D11)
12. Resposta ao erro não punitiva (D12).

Relativamente aos resultados nacionais destas dimensões, verificou-se que são prioritárias ações de melhoria nas seguintes dimensões: resposta ao erro não punitiva (D12), dotação de profissionais (D10) e frequência da notificação (D8). Por outro lado, não necessitam de intervenção tão prioritária as dimensões trabalho em equipa (D1), aprendizagem

¹ Passagens de turno, de informação, mudança dos doentes de serviços/hospitais e problemas que daí possam advir.

organizacional – melhoria contínua (D4), e expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2), por terem resultados mais positivos.

3.3 Objetivo estratégico 2: Aumentar a segurança da comunicação

O PNSD identifica a comunicação como um pilar fundamental para segurança do doente, em especial nas situações de transferência de doentes entre instituições, e, dentro das instituições, nas mudanças de turno ou altas dos doentes. Para que a comunicação seja assegurada de forma precisa e atempada, devem ser implementados procedimentos normalizados, com intuito de evitar lacunas na comunicação, uma vez que estas podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado. A comunicação entre os profissionais de saúde deve ser precisa, completa, sem ambiguidade, oportuna e compreendida por todos (Ministério da Saúde, 2015). Desta forma, as instituições de saúde reduzem a possibilidade de ocorrência de erros, resultando na melhoria da segurança dos doentes. Os hospitais são instituições diversificadas no que diz respeito à rotina, profissionais, tipos de doentes, processos e procedimentos administrativos, pelo que a comunicação pode enfrentar desafios que é importante ultrapassar.

No sentido de dar cumprimento a este objetivo estratégico, a DGS emitiu a Norma nº 01/2017, que refere a importância da comunicação/informação eficaz na transição de cuidados de saúde. Assim, é necessário assegurar a continuidade e segurança de toda a informação que diz respeito aos doentes, em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde.

A transição de cuidados de saúde no doente é frequente dentro das organizações de saúde e é considerada uma situação de vulnerabilidade para o doente, pois é de grande exigência no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Compete aos profissionais o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.

Segundo a DGS (2017), as falhas na comunicação decorrentes da transferência de cuidados são das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional. Cerca de 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados, e podem estar relacionados com omissões de

informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades (DGS, 2017).

Com a publicação da Norma nº 001/2017, a DGS sugere a aplicação da técnica ISBAR em todos os níveis de prestação de cuidados que envolvam a transição entre os mesmos. ISBAR é a sigla correspondente a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assesment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Segundo a DGS (2017), a metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde, por ser de fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. Funciona como uma estratégia de compreensão de mensagens, com recurso a uma metodologia padronizada, simples, flexível (adaptando-se às circunstâncias das informações a transmitir), concisa e clara para comunicar informações dos cuidados prestados. Para além de ser uma ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, esta metodologia contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

A comunicação em saúde deve atravessar toda a organização do SNS e estar intimamente ligada ao doente, mantendo-o informado e integrado na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Deste modo, o doente será corresponsabilizado pela sua saúde, bem como pela evolução da sua doença. Ao ser implicado no processo de prestação de cuidados, o doente contribui para a sua própria segurança. Segundo a legislação portuguesa, todos os cidadãos têm o direito a serem informados sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhes são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde (Ministério da Saúde, 2015). Têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no SNS e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição (Ministério da Saúde, 2015).

3.4 Objetivo estratégico 3: Aumentar a segurança cirúrgica

Uma das maiores preocupações mundiais, no que diz respeito à saúde, é a garantia da segurança cirúrgica. A cirurgia é um componente essencial da saúde pública. À medida que a

longevidade aumenta no mundo, o papel da cirurgia torna-se cada vez mais relevante. Segundo a OMS, cerca de metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico e 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis (Ministério da Saúde, 2015). Porém, até à intervenção da OMS, em 2009, a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública.

O bloco operatório tem um ambiente de trabalho complexo. Neste ambiente, na grande maioria dos países, os sistemas de informação não permitiam monitorizar procedimentos, nem avaliar resultados, assim como não existiam procedimentos de garantia de segurança cirúrgica padronizados (WHO, 2009).

A OMS estabeleceu o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo. O objetivo primordial é evitar práticas de segurança anestésica inadequadas, infeções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas (WHO, 2009). Desta forma, pretende-se melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica (WHO, 2009).

A fim de minimizar complicações graves, ou até mesmo perdas de vidas humanas, a OMS assume como orientações de segurança cirúrgica, dez objetivos básicos e fundamentais em todo o processo cirúrgico (DGS, 2010):

1. a equipa vai operar o doente certo, no local correto;
2. a equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor;
3. a equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória;
4. a equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue;
5. a equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente;
6. a equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.

7. a equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas;
8. a equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas;
9. a equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos;
10. os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.

Neste contexto, a OMS propôs a utilização de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). A verificação é efetuada em três momentos cruciais para a equipa cirúrgica: 1) antes da indução da anestesia, 2) antes da incisão da pele e 3) antes do doente sair da sala de operações. Esta lista surge na sequência da realização da quinquagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, que aprovou uma resolução no sentido de alertar para a necessidade de todos os países aumentarem a segurança dos cuidados de saúde e dos seus sistemas de monitorização, promovendo o estabelecimento de políticas e de práticas clínicas seguras. Neste sentido, em 2007-2008, a OMS assume a liderança na preparação das diretrizes sobre cirurgia segura (WHO, 2009).

O objetivo a LVSC é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar. O seu maior objetivo é reforçar as práticas de segurança descritas nas normas da DGS, ainda antes do surgimento do PNSD. A lista é uma ferramenta para ser utilizada por profissionais interessados em melhorar a segurança cirúrgica e em reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais. Obtiveram-se melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (WHO, 2009). O projeto de preparação de diretrizes para a segurança dos cuidados cirúrgicos foi iniciado em janeiro de 2007, numa reunião de consulta internacional com especialistas de todo o mundo (WHO, 2009). O objetivo primordial desta reunião foi a obtenção *in loco* de informações sobre os recursos necessários para cumprir as recomendações da OMS, bem como, obter informação sobre a viabilidade, validade, fiabilidade e custo-efetividade das intervenções (WHO, 2009).

O problema maior a resolver era as complicações de cuidados cirúrgicos se terem tornado uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo. Com a intervenção da OMS, a segurança cirúrgica emerge como um problema de saúde pública.

Segundo a OMS, a forma de melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo torna-se no grande objetivo do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, que consistiu na definição de normas de segurança que pudessem ser aplicadas em todos os países e em qualquer contexto. Os grupos de trabalho criados para o efeito, com contributo de especialistas de variadíssimas áreas, chegaram a um consenso sobre as práticas de segurança em quatro áreas fundamentais (WHO, 2009):

- trabalho de equipa, promovendo a comunicação entre todos os membros da equipa, assegurando que todo o procedimento cirúrgico seja realizado de forma adequada;
- anestesia segura, através da monitorização do doente, identificando potenciais problemas anestésicos ou de ressuscitação;
- prevenção da infeção do local cirúrgico, através do controlo de contaminação e assepsia em todos os níveis de cuidados ao doente; e, por fim,
- indicadores de avaliação dos serviços de cirurgia para mensurar a prestação e os resultados básicos dos cuidados cirúrgicos.

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” assenta em três princípios com o objetivo de sucesso e, consequentemente, de salvar vidas: 1) simplicidade, 2) ampla aplicabilidade e 3) mensurabilidade (WHO, 2009). É neste sentido e com o objetivo de salvar vidas que a OMS promove as normas e orientações de boas práticas.

Com o intuito de reforçar a adoção das orientações da OMS para a segurança cirúrgica, para além da LVSC, a DGS publicou também o Manual de Implementação da LVSC, as Orientações para a Cirurgia Segura, e o Índice de Apgar Cirúrgico. Este último consiste num sistema de medição/verificação intra-operatória da perda de sangue, de menor tensão arterial média e de menor frequência cardíaca (WHO, 2009).

Segundo a Norma nº 002/2013 (DGS, 2013a), todas as instituições hospitalares devem, no final de cada semestre, enviar ao DQS-DGS a monitorização do nível de implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, em formulário próprio, disponibilizado pela DGS. No entanto, o Relatório de Monitorização - 2014, elaborado pelo DQS em maio de 2015, refere

que a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais é de cerca de 16,05% (DGS, 2015b).

As dificuldades encontradas na monitorização da implementação da norma e das diretrizes da DGS, devem-se, sobretudo, a dois fatores: a desagregação dos dados nacionais causada pela inexistência de interoperabilidade dos registos locais com a Plataforma de Dados da Saúde e a fraca adesão das entidades hospitalares no envio de informação obrigatório à DGS (DGS, 2015b). A título de exemplo, o mesmo relatório refere que, no primeiro semestre de 2014, das quarenta e sete entidades hospitalares do SNS com valências cirúrgicas, apenas seis enviaram à DGS relatório de monitorização da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.

Atendendo à falta de resposta por parte das entidades hospitalares, e por se considerar de extrema importância a monitorização deste projeto, a DGS emitiu recomendações (ver DGS, 2015b) no sentido dos processos de recolha de informação serem operacionalizados até que os constrangimentos informáticos relativos à interoperabilidade dos sistemas informáticos dos blocos operatórios estarem ultrapassados. Recomenda também que as ARS, Direções Clínicas, Comissões da Qualidade e Segurança e Diretores de Bloco Operatório partilhem da responsabilização relativamente à adesão ao projeto, bem como, o reforço junto da Administração Central do Sistema de Saúde da importância de incluir indicadores de segurança cirúrgica nos contratos-programa das entidades hospitalares (DGS, 2015b).

3.5 Objetivo estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca dos doentes

O PNSD estabelece através do objetivo “assegurar a identificação inequívoca dos doentes” que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter implementado práticas seguras da identificação dos doentes até ao final de 2020.

A OMS classifica a identificação inequívoca do doente como a primeira meta internacional de segurança, considerando os erros na identificação um dos mais graves na segurança do doente (WHO, 2007a). Consequentemente, recomenda, no mesmo documento, que sejam adotadas estratégias a nível nacional que promovam a normalização de boas práticas no que diz respeito à identificação do doente, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou a utilização de pulseiras de identificação de doentes. Recomenda ainda que, quer

os profissionais de saúde, quer os cidadãos, sejam devidamente informados, de modo a prevenir a ocorrência de incidentes por erro de identificação ou ausência da mesma.

A identificação inequívoca do doente deve ocorrer, sempre, antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio (DGS, 2011a). Em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, a confirmação fidedigna dos dados do doente, como o nome, a data de nascimento e do processo clínico na instituição, é fundamental para que não ocorram incidentes como troca de medicamentos, de sangue (no caso de transfusões), de análises clínicas, de qualquer exame imagiológico e de intervenções cirúrgicas. A confirmação deve ocorrer imediatamente antes de qualquer procedimento, verificando-se a correspondência do mesmo com o doente em causa. Nas situações em que as instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam como meio de identificação do doente a pulseira, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento.

A DGS, na sua Orientação nº 018/2011, recomenda que todas as instituições implementem e auditem, com a devida regularidade, protocolos e boas práticas de modo a que fique assegurada a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação e o procedimento a realizar ao doente (DGS, 2011a).

4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DO PNSD NO HB

4.1 Objetivo estratégico 1: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

4.1.1 Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco

O HB participou no estudo sobre a avaliação da cultura de segurança do doente realizado pelo DQS-DGS em 2014, 2016 e 2018. Em 2014, o HB apresentou uma taxa de adesão de 22%, ligeiramente superior à taxa de adesão nacional que foi de 18,3%. Em 2016, segundo o relatório do DQS (2016b) sobre a avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais,

o HB teve uma adesão de respostas de 32,8% dos seus profissionais e, em 2018, de 23,2%. É notório o decréscimo de adesão à avaliação da percepção da cultura de segurança. A DGS apenas envia relatório detalhado para as instituições hospitalares com taxas de adesão acima dos 25%, pelo que o HB só recebeu relatório detalhado em 2016. Este relatório faz referência aos resultados de 2014 e aos resultados nacionais, para cada uma das doze dimensões avaliadas (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados do HB no estudo sobre a avaliação da cultura de segurança do doente realizado pelo DGQ-DGS

Dimensões	Média (%)		
	HBRAGA 2014	HBRAGA 2016	Nacional
1. Trabalho em equipa	72	68 (=)	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	61	58 (=)	60
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	58	57 (=)	52
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	71	69 (=)	65
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente	51	47 (=)	52
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	61	59 (=)	54
7. Abertura na comunicação	53	49 (=)	53
8. Frequência da notificação	42	37 (=)	38
9. Trabalho entre unidades	53	49 (=)	48
10. Dotação de profissionais	30	25 (↓)	31
11. Transições	51	49 (=)	53
12. Resposta ao erro não punitiva	33	29 (=)	28

Fonte: Direção Geral de Saúde (2016b).

Mediante a análise dos resultados obtidos, quer a nível nacional, quer no HB, o DQS-DGS (DGS, 2016b), apontou algumas recomendações em sete das doze dimensões, nomeadamente, nas seguintes dimensões:

- D5. Percepções gerais sobre a segurança do doente;
- D7. Abertura na comunicação;
- D8. Frequência da notificação;
- D9. Trabalho entre unidades;
- D10. Dotação de profissionais;
- D11. Transições;
- D12. Resposta ao erro não punitiva.

Das principais recomendações do DQS-DGS para os hospitais nacionais, destacam-se (DGS, 2016b):

- a inclusão de ações de melhoria nas áreas problemáticas identificadas pela instituição nos planos de ação das comissões de qualidade e segurança;
- a sensibilização/formação de todos os profissionais sobre a segurança do doente;
- o desenvolvimento de uma cultura não punitiva que fomente a notificação de todo o tipo de eventos, tanto pelos profissionais, como pelos doentes;
- a adoção de medidas/técnicas que evitem a ocorrência de eventos adversos;
- promover o desenvolvimento de competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde, os doentes e os familiares;
- a gestão da dotação de profissionais por serviço e elaboração de escalas de equipas tendo em atenção os limites mínimos que contribuam para a segurança do doente;
- apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal de saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa, entre outras.

Os resultados e conteúdo do relatório da DGS relativo ao HB acima referido foram partilhados pela Gestão de Risco, em diferentes contextos, dentro da instituição, por forma a garantir a sua divulgação e permitir uma reflexão sobre os resultados e a definição de planos de ação, de acordo com as recomendações. O relatório foi apresentado em Comissão Executiva do HB, em reunião de Enfermeiros Chefes e em reunião de Gestores Locais do Risco, onde foram analisados os impactos das diferentes dimensões. No âmbito do Plano de Formação do Hospital de Braga, a Gestão do Risco contemplou, nas suas formações junto dos colaboradores, a divulgação dos resultados obtidos, assim como a divulgação da informação contida no relatório enviado pela DQS-DGS, promovendo e sensibilizando os profissionais para a necessidade de dar cumprimento e resposta ao PNSD.

Segundo o Despacho nº 1400-A/2015, uma das metas para 2020 é **atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança igual ou superior a 90%**. No relatório da DGS de agosto de 2015 (DGS, 2015a), verificámos que a adesão a nível nacional foi, em 2014, de 18,3%. No HB, foi, em 2016, de 32,8% e, em 2018, de 23,2%, valores que se encontram muito longe da meta pretendida.

No tocante à segunda meta, **atingir, em 2020, uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente igual ou superior a 50%**, verificámos que, a nível nacional, quatro das doze dimensões avaliadas se encontram abaixo desse valor percentual: a frequência da notificação (D8), o trabalho entre as unidades (D9), a dotação de profissionais (D10) e a resposta ao erro não punitiva (D12). No HB, são sete as dimensões do questionário abaixo do valor preconizado (já referidas acima). A DGS deixou as recomendações acima com o intuito de obter um aumento significativo na perceção da cultura de avaliação de segurança dos doentes, quer por cada profissional, quer pela própria instituição. Estas não indicam ações concretas, mas a adoção de medidas que permitam melhorar a cultura de segurança em cada instituição de saúde será sempre um processo em evolução e de melhoria contínua.

4.1.2 Resultados do inquérito efetuado

No inquérito efetuado aos profissionais do HB, uma das questões averigua se estes profissionais pensam que conhecem o PNSD e outra sobre se responderam a inquéritos sobre a perceção da cultura de segurança do doente da DGS. Na Tabela 5, apresentamos os resultados relativos às questões:

3) Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020? e

4) Alguma vez respondeu a um questionário da Direção Geral da Saúde sobre a perceção da cultura de segurança do doente?

Verificámos que 66% dos colaboradores do HB que responderam ao inquérito desconhecem o PNSD e que 81% diz não ter respondido ao questionário da DGS sobre perceção da cultura de segurança do doente, o que indica uma taxa de adesão na amostra (19%) inferior à do HB nos dois inquéritos para os quais foi possível obter dados. Dos grupos profissionais que têm maior relevância na prestação de cuidados aos doentes, os enfermeiros é o único que parece ter conhecimento acerca da existência do PNSD (58% dos enfermeiros respondentes afirmaram conhecer o PNSD). Ainda esse conhecimento não é generalizado entre os enfermeiros da amostra. Dos restantes, os médicos (83% dos médicos respondentes) e os assistentes operacionais (79% dos assistentes operacionais respondentes) desconhecem o PNSD. Relativamente ao questionário da DGS, parece-nos que o mesmo não será a melhor ferramenta para promover um aumento da cultura de segurança do doente.

Como foi referido acima, a Gestão de Risco promove e sensibiliza os profissionais para a necessidade de dar cumprimento ao PNSD. Os profissionais precisam perceber que nas suas tarefas diárias, a grande maioria dos procedimentos e práticas vão de encontro ao que está preconizado no PNSD. Pensamos que a falta de comunicação entre as diversas hierarquias pode levar a algum desconhecimento acerca deste plano.

Tabela 5 – Conhecimento do PNSD e resposta a questionário da DGS

Grupo Profissional	Total	Conhece o PNSD?		Respondeu a questionário da DGS?	
		Não	Sim	Não	Sim
Assistente Operacional	39	31 (79%)	8 (21%)	37 (95%)	2 (5%)
Assistente Técnico	27	20 (74%)	7 (26%)	24 (89%)	3 (11%)
Enfermeiro	84	35 (42%)	49 (58%)	56 (67%)	28 (33%)
Médico	46	38 (83%)	8 (17%)	38 (83%)	8 (17%)
Outros	12	6 (50%)	6 (50%)	8 (67%)	4 (33%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	36	27 (75%)	9 (25%)	33 (92%)	3 (8%)
Técnico Superior de Saúde	9	9 (100%)	0 (0%)	8 (89%)	1 (11%)
Total	253	166 (66%)	87 (34%)	204 (81%)	49 (19%)

As três últimas questões do inquérito prendem-se com a importância da notificação de eventos adversos, considerando a importância da notificação, a notificação anterior de evento adverso, e a acessibilidade para notificar um evento adverso:

- 8) Considera importante a notificação de eventos adversos?
- 9) Já alguma vez notificou um evento adverso?
- 10) Para fazer uma notificação de evento adverso, o sistema disponível no Hospital de Braga parece-lhe acessível?

Na Tabela 6, encontram-se os resultados a estas três questões, de onde podemos concluir que a quase totalidade dos colaboradores que respondeu ao inquérito (97%) considera importante a notificação de eventos adversos. Relativamente a terem ou não notificado um evento adverso, apenas 45% destes colaboradores já fez uma notificação e metade (50%) considera o sistema para notificar disponível no HB acessível. Os grupos profissionais em que, na

amostra, maior percentagem de profissionais já notificou eventos adversos é mais elevada nos enfermeiros e médicos, pois tal é inerente ao exercício das suas funções. Ainda assim, a proporção que afirma nunca ter notificado eventos adversos é elevada: 35% dos respondentes enfermeiros e 37% dos respondentes médicos.

Tabela 6 – Notificação de eventos adversos: percepção da importância, notificação anterior, percepção sobre acessibilidade da plataforma

Grupo Profissional	Total	Notificação é importante?		Já notificou evento adverso?		Plataforma de notificação é acessível?		
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Não Sei	Sim
Assistente Operacional	39	7 (18%)	32 (82%)	35 (90%)	4 (10%)	5 (13%)	24 (62%)	10 (26%)
Assistente Técnico	27	1 (4%)	26 (96%)	25 (93%)	2 (7%)	0 (0%)	16 (59%)	11 (41%)
Enfermeiro	84	0 (0%)	84 (100%)	29 (35%)	55 (65%)	7 (8%)	16 (19%)	61 (73%)
Médico	46	0 (0%)	46 (100%)	17 (37%)	29 (63%)	8 (17%)	16 (35%)	22 (48%)
Outros	12	0 (0%)	12 (100%)	9 (75%)	3 (25%)	2 (17%)	4 (33%)	6 (50%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	36	0 (0%)	36 (100%)	18 (50%)	18 (50%)	8 (22%)	14 (39%)	14 (39%)
Técnico Superior de Saúde	9	0 (0%)	9 (100%)	6 (67%)	3 (33%)	1 (11%)	5 (56%)	3 (33%)
Total	253	8 (3%)	245 (97%)	139 (55%)	114 (45%)	31 (12%)	95 (38%)	127 (50%)

4.1.3 Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões

No estudo realizado pela DGS sobre a avaliação da cultura de segurança do doente, são recomendadas uma série de ações, medidas, sensibilizações e formações de todos os profissionais de saúde. Nesse mesmo estudo, é referida a necessidade de dotação de profissionais, bem como, a promoção de uma cultura não punitiva.

Para que se implementem e desenvolvam estratégias que permitam uma maior consciencialização da importância da segurança do doente, o HB deveria começar por ter um rácio dos diversos grupos profissionais, correspondente à atividade e capacidade do hospital. A falta de recursos humanos nalgumas áreas sobrecarrega os existentes.

Relativamente à promoção de uma cultura não punitiva deverá incentivar-se as notificações de efeitos adversos como sendo um mecanismo de prevenção, permitindo ganhos na segurança do doente, até porque, na amostra estudada, houve unanimidade quanto à importância de se fazer uma notificação.

Todavia, a segurança do doente em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde e, particularmente, nos hospitais é um problema de extrema importância. Deveria avaliar-se se a implementação de normas e procedimentos no sentido da promoção de cuidados seguros resulta efetivamente em aumentos da segurança dos doentes.

4.2 Objetivo estratégico 2: Aumentar a segurança da comunicação

4.2.1 Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco

Em 2012, foram efetuadas campanhas relacionadas com alguns temas sobre a segurança do doente, nomeadamente uma associada à passagem de comunicação, sensibilizando os profissionais para a comunicação estruturada, promovendo a utilização da técnica ISBAR. Todavia, o HB adotou a sigla SBAR (S-situação e identificação, B-background, A-avaliação e R-recomendação), tendo sido esta, adaptada da constante na norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017), a utilizada pelos hospitais cuja gestão pertence à José de Mello Saúde. A campanha foi apresentada no HB pelo Professor José Fragata, tendo este demonstrado a importância da utilização de estratégias seguras de comunicação. Nesse dia, foi colocado, em todas as salas de enfermagem e gabinetes médicos do HB, um cartaz a divulgar o SBAR (Figura 5).



Figura 5 - Cartaz SBAR (retirado de Segurança na Saúde, Proposta #2, José de Mello Saúde)

Foi avaliado o impacto da campanha, realizada em setembro de 2012, através de uma auditoria. Em relação à comunicação estruturada (a metodologia ISBAR implementada, e a identificação do doente na cabeceira da cama e na pulseira de identificação), no decorrer da auditoria foram abordados vários profissionais que reconheceram a necessidade deste tipo de comunicação no exercício normal das suas atividades (Hospital de Braga, 2012). O facto da sigla adotada ser em inglês foi referido como fator negativo, pois dificultou a adesão à mesma. Quando questionados se sabiam o que queria dizer SBAR, os profissionais mostravam dificuldade em enunciar os pontos foco da sigla, embora soubessem identificar o que é comunicação estruturada. Os resultados desta auditoria foram positivos.

Nesse mesmo ano, foi ainda publicado um procedimento interno vinculando a utilização do SBAR nas passagens de turno e em todas as transições de informação (Hospital de Braga, 2012).

Segundo um relatório referente a auditorias internas, de outubro de 2018, durante uma auditoria à passagem de turno, no período da manhã, realizada em todos os serviços de internamento exceto a unidade de cuidados intensivos polivalente e a unidade de cuidados

intermédios de neurocríticos, verificou-se que a metodologia ISBAR está implementada no HB (Anexo 2).

No ano de 2016, a Gestão do Risco dinamizou uma série de sessões no âmbito do Plano Nacional para a Segurança do Doente, nomeadamente uma sessão dirigida a todos os profissionais de saúde em que o tema era a Comunicação. A sessão teve a participação de um convidado externo que focou a importância desta ferramenta no dia-a-dia das equipas onde este assunto tem uma importância maior.

As ferramentas que contribuem para a comunicação e utilização das informações de forma correta e segura, são sistemas informáticos capazes de dar resposta às necessidades e garantir que toda a informação fica registada. No HB, todos os serviços comunicam, entre si, através das aplicações informáticas *BSIMPLE* e *Glintt*.

4.2.2 Resultados do inquérito efetuado

Na Tabela 7, apresentamos os resultados relativos à questão:

- 6) No que diz respeito à comunicação em saúde, sabe o que significa a metodologia ISBAR?

Tabela 7 – Conhecimento da metodologia ISBAR

Grupo Profissional	Total	Sabe o que significa ISBAR?	
		Não	Sim
Assistente Operacional	39	38 (97%)	1 (3%)
Assistente Técnico	27	26 (96%)	1 (4%)
Enfermeiro	84	39 (46%)	45 (54%)
Médico	46	36 (78%)	10 (22%)
Outros	12	9 (75%)	3 (25%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	36	33 (92%)	3 (8%)
Técnico Superior de Saúde	9	9 (100%)	0 (0%)
Total	253	190 (75%)	63 (25%)

Os grupos profissionais que mais responderam “sim” sobre saberem o que significa a metodologia ISBAR são os que lidam diariamente com informações relativas aos doentes e aos seus processos clínicos. Por esse motivo, obtiveram-se respostas positivas nos respondentes enfermeiros (54% das respostas) e nos respondentes médicos (22% das respostas). Ainda assim, estas percentagens são relativamente baixas, sobretudo no que diz respeito aos respondentes médicos. Pode ainda verificar-se que, quando lhes foi solicitado que indicassem um exemplo de um procedimento para aumentar a segurança cirúrgica, dois respondentes (um médico e um enfermeiro) indicaram a metodologia ISBAR (ver Tabela 9).

4.2.3 Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões

O HB tem implementados os procedimentos constantes nas normas da DGS. Contudo, o PNSD alerta para a importância dos utentes estarem informados e sensibilizados para a necessidade de terem de tomar decisões acerca dos tratamentos que lhes são instituídos e dos meios complementares de diagnóstico que necessitam que sejam executados, de modo a que possam contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Neste sentido, o HB poderia desenvolver formas simples e acessíveis de prestar algumas informações, através de cartazes ou folhetos elucidativos de alguns procedimentos, através de ações externas junto da população, promovendo campanhas educativas no âmbito da prevenção de doenças, dando a conhecer o meio hospitalar e os riscos inerentes a este.

4.3 Objetivo estratégico 3: Aumentar a segurança cirúrgica

4.3.1 Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco

O bloco operatório tem um ambiente de trabalho complexo na prestação de cuidados de saúde. O HB tem procedimentos gerais e específicos, bem como instruções de trabalho delineadas para uniformizar métodos de trabalho e procedimentos, de modo a promover práticas seguras e homogéneas, na tentativa de minimizar os riscos que possam ocorrer durante qualquer ato cirúrgico.

O HB implementou vários procedimentos para dar resposta à implementação deste objetivo. Um deles é relativo à marcação do local da intervenção cirúrgica, com o objetivo de garantir,

de forma correta e inequívoca, que o doente é intervencionado no local correto, sobretudo em cirurgias com bilateralidade (Anexo 3). Neste procedimento, estão descritos todos os passos a ter em conta, de acordo com o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. Para além deste, existem outros procedimentos de segurança que se aplicam à equipa cirúrgica e são de extrema importância no contexto da segurança do doente, como o procedimento de contagem de compressas durante o ato cirúrgico, visando prevenir a retenção das mesmas durante a cirurgia (Anexo 4) e o procedimento de contagem de instrumentos cirúrgicos no ato operatório (Anexo 5).

O HB elaborou instruções de trabalho específicas para dar cumprimento às LVSC e onde define a forma de preenchimento, bem como toda a descrição pormenorizada do processo. Deste modo, existe uma lista de verificação pré-operatória e de segurança cirúrgica (Anexo 6) e uma lista de verificação pós-operatória (Anexo 7), elaboradas de acordo com a Norma nº 002/2013 (DGS, 2013a) e com o manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS (WHO, 2009).

Relativamente à prevenção da infeção do local cirúrgico, o HB estabeleceu as devidas e necessárias recomendações, através de um procedimento geral, de modo a cumprir com as diretivas da DGS e da OMS (Anexo 8). Uma das orientações para a cirurgia segura implica que sejam usadas medidas fortemente recomendadas com o objetivo de reduzir a incidência da infeção no local cirúrgico. A Norma nº 020/2015 da DGS especifica um conjunto de intervenções, geralmente 3 a 5, denominadas por “feixes” (tradução de *bundles*), que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com um impacto superior ao efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2015d). Este conceito de feixe de intervenção aplica-se a um conjunto de boas práticas validadas por consenso internacional.

No HB, existe um incentivo ao preenchimento da LVCS, pois é necessário que esta se encontre no processo clínico do doente aquando da sua alta. Há, ainda, uma cláusula na contratualização com a ARS Norte, que permite uma penalização no pagamento do ato cirúrgico caso a lista não tenha sido devidamente preenchida, o que implica que esta meta seja cumprida em todos os atos cirúrgicos.

As auditorias são uma ferramenta capaz de avaliar a aplicabilidade dos procedimentos. O Gabinete de Gestão de Risco do HB auditou, em outubro de 2018, o bloco operatório para

avaliar a taxa de não conformidades da utilização da LVSC, dando cumprimento à Norma nº 002/2013 da DGS. Os resultados, mediante os objetivos e os critérios definidos para as doze auditorias realizadas, foram bastante positivos. A taxa de não conformidade da utilização da LVSC foi de 0% e a taxa de conformidade de 100%. Contudo, não foi possível efetuar a observação de todas as cirurgias efetuadas no sentido de dar cumprimento à orientação da DGS (foram observadas doze cirurgias), devido ao elevado número de cirurgias e ao tempo necessário para avaliar todas as fases previstas, em cada uma das cirurgias avaliadas (Anexo 9).

Relativamente à redução da taxa de não conformidades da utilização da LVSC em 5% face ao ano anterior, não foi possível comparar com anos anteriores, dado que só obtivemos resultados relativos ao ano de 2018.

Por último, uma das metas a atingir, até ao final de 2020, consiste na redução anual em 1% da taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis, sendo que não se encontrou nenhuma definição que nos permita identificar se um incidente cirúrgico é ou não admissível.

4.3.2 Resultados do inquérito efetuado

A Tabela 8 e a Tabela 9 apresentam resultados relativos às seguintes questões:

5) Acerca da segurança cirúrgica, o Hospital de Braga implementou procedimentos nesse sentido? (Se sim, por favor, indique um exemplo.)

Os grupos profissionais que conhecem a implementação de procedimentos sobre segurança cirúrgica são os que têm maior intervenção no contexto do bloco operatório, enfermeiros (58% dos respondentes enfermeiros) e médicos (43% dos respondentes médicos).

Tabela 8 – Conhecimento acerca da implementação de procedimentos de segurança cirúrgica por grupo profissional

Grupo Profissional	Total	Segurança Cirúrgica		
		Não	Não Sei	Sim
Assistente Operacional	39	4 (10%)	29 (74%)	6 (15%)
Assistente Técnico	27	3 (11%)	18 (67%)	6 (22%)
Enfermeiro	84	3 (4%)	32 (38%)	49 (58%)
Médico	46	1 (2%)	25 (54%)	20 (43%)
Outros	12	2 (17%)	5 (42%)	5 (42%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	36	2 (6%)	27 (75%)	7 (19%)
Técnico Superior de Saúde	9	3 (33%)	6 (67%)	0 (0%)
Total	253	18 (7%)	142 (56%)	93 (37%)

Quando lhes é pedido que indiquem um exemplo de um procedimento acerca da segurança cirúrgica, são estes dois grupos profissionais que respondem em maior número, identificando a LVCS, a marcação do local cirúrgico e a técnica ISBAR como exemplos desses procedimentos (ver Tabela 9).

Tabela 9 – Procedimentos de segurança cirúrgica indicados pelos profissionais que responderam que o HB implementou procedimentos de segurança cirúrgica

Grupo Profissional	Profissionais que responderam “Sim” (ver Tabela 8)	Exemplos indicados			Profissionais que indicaram exemplos (% relativamente aos que disseram “Sim”)
		Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	ISBAR (IS - situação e identificação, B - background, A - avaliação e R - recomendação)	Marcação Local Cirúrgico	
Assistente Operacional	6 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Assistente Técnico	6 (22%)	3 (11%)	0 (0%)	2 (7%)	5 (83%)
Enfermeiro	49 (58%)	35 (42%)	1 (1%)	7 (8%)	43 (88%)
Médico	20 (43%)	13 (28%)	1 (2%)	1 (2%)	15 (75%)
Outros	5 (42%)	2 (17%)	0 (0%)	3 (25%)	5 (100%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	7 (19%)	3 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (43%)
Técnico Superior de Saúde	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (n/a)
Total	93 (37%)	56 (22%)	2 (1%)	13 (5%)	71 (76%)

Neste caso, seria expectável que as respostas afirmativas surgissem dos profissionais que exercem a sua atividade em contexto cirúrgico, nomeadamente, médicos e enfermeiros, e que estes referissem a LVCS, ou, pelo menos, um dos itens dela constantes, como é exemplo a marcação do local cirúrgico. A análise destes dados demonstra exatamente isso: dos profissionais que indicaram exemplos de procedimentos de segurança cirúrgica (28% do total de respondentes), 51 % dos respondentes enfermeiros e 33% dos respondentes médicos indicaram a LVCS.

4.3.3 Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões

Relativamente à segurança cirúrgica, o HB tem os procedimentos implementados, mas as metas propostas para 2020 não parecem ser exequíveis. Em janeiro de 2019, efetuavam-se, em média, 97 cirurgias por dia, no HB (Costa, 2019). Com este valor de atividade cirúrgica, não é possível, por falta de recursos, auditar mensalmente a LVCS em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior, como é preconizado no PNSD.

Para que se consiga a persecução da terceira meta para 2020, é necessário definir “incidentes cirúrgicos inadmissíveis” e proporcionar um ambiente de trabalho com recursos humanos suficientes para continuar a permitir a atividade cirúrgica deste hospital.

4.4 Objetivo estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca dos doentes

4.4.1 Diagnóstico efetuado a partir da consulta de documentos e contactos com o Gabinete de Gestão do Risco

Segundo a DGS, todas as instituições de saúde devem ter protocolos e boas práticas de modo a assegurar a identificação inequívoca do doente (DGS, 2011a). Para garantir a segurança do doente e que todos os procedimentos são realizados ao doente correto, o HB tem como política uma correta e inequívoca identificação. Desta forma, são considerados dados de fidedigna identificação do doente: o nome completo, a data de nascimento e o número de processo clínico na instituição. Todos os doentes admitidos no HB em regime de internamento, cirurgia de ambulatório, no serviço de urgência e em serviços onde são efetuados procedimentos de risco elevado, têm de ser portadores de uma pulseira identificativa, onde constem os dados acima referidos (Anexo 10).

Foi elaborado um procedimento geral, acessível a todos os profissionais responsáveis pela identificação do doente, onde são descritos os passos que devem ocorrer para que se garantam que todos os procedimentos que se efetuam ao doente correspondem ao doente certo (Anexo 11).

Antes da realização de uma das campanhas sobre segurança do doente efetuadas no HB, em 2012, realizou-se uma auditoria para avaliar a importância da identificação dos doentes no internamento. Após essa campanha de sensibilização, realizou-se uma outra auditoria para avaliar o impacto da mesma. Mediante os resultados obtidos, verificou-se que a campanha teve um resultado positivo. Na primeira auditoria, anterior à campanha, cerca de 76% dos doentes estavam corretamente identificados; na auditoria realizada após a campanha, cerca de 94% dos doentes estavam corretamente identificados. Para além da pulseira identificativa, os doentes internados têm a identificação presente na cabeceira da cama; esta identificação deve ser sempre confirmada com o doente. Na auditoria acima referida, notou-se um maior cuidado com a identificação do doente na cabeceira da cama (Hospital de Braga, 2012).

O PNSD determina que, em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS e com ele convencionadas, se desenvolvam, entre o ano de 2015 e 2020, auditorias, com frequência semestral, para:

- validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem;
- a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem;
- validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos; e, também,
- validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.

O HB refere, no procedimento geral sobre identificação de doentes (Anexo 11), a necessidade de auditar semestralmente a conformidade das práticas constantes neste procedimento. Estas auditorias são realizadas semestralmente desde 2012, ainda antes da implementação do PNSD.

4.4.2 Resultados do inquérito efetuado

A pergunta sete questiona os colaboradores acerca da implementação de práticas seguras de identificação do doente:

7) O Hospital de Braga implementou práticas seguras da identificação dos doentes? Se sim, por favor, indique uma dessas práticas.

Mais de metade dos respondentes (60%) responderam afirmativamente (ver Tabela 10).

Tabela 10 – Conhecimento sobre se o HB implementou práticas de identificação dos doentes por grupo profissional

Grupo Profissional	Total	Identificação do doente		
		Não	Não Sei	Sim
Assistente Operacional	39	3 (8%)	19 (49%)	17 (44%)
Assistente Técnico	27	1 (4%)	17 (63%)	9 (33%)
Enfermeiro	84	0 (0%)	15 (18%)	69 (82%)
Médico	46	0 (0%)	14 (30%)	32 (70%)
Outros	12	0 (0%)	4 (33%)	8 (67%)
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	36	0 (0%)	19 (53%)	17 (47%)
Técnico Superior de Saúde	9	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)
Total	253 (100%)	4 (2%)	97 (38%)	152 (60%)

Quanto a indicarem um exemplo de uma prática segura de identificação do doente, houve unanimidade na resposta, tendo sido referida a pulseira de identificação do doente como prática segura (ver Tabela 11). Contudo, no que diz respeito aos profissionais que prestam os primeiros cuidados de saúde aos doentes, 30% dos respondentes médicos e 18% dos respondentes enfermeiros disseram não saber se o HB implementou práticas de identificação de doentes. É de ressaltar, no entanto, que existem profissionais de saúde que exercem as suas funções em ambiente de consulta externa, onde não se aplica a pulseira de identificação.

Tabela 11 – Procedimentos de identificação dos doentes indicados pelos profissionais que responderam que o HB implementou esse tipo de procedimentos

Grupo profissional	Profissionais que responderam “Sim” (ver Tabela 10)	Exemplos indicados – Pulseira de identificação	% de profissionais que indicaram exemplos relativamente aos que disseram “Sim”
Assistente Operacional	17 (44%)	7 (18%)	41%
Assistente Técnico	9 (33%)	8 (30%)	89%
Enfermeiro	69 (82%)	58 (69%)	84%
Médico	32 (70%)	21 (46%)	66%
Outros	8 (67%)	7 (58%)	88%
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	17 (47%)	10 (28%)	59%
Técnico Superior de Saúde	0 (0%)	0 (0%)	-
Total	152 (60%)	111 (44%)	73%

4.4.3 Aspetos em falta (para cumprir o PNSD) e Sugestões

O PNSD sugere que se implementem práticas seguras que permitam a validação e confirmação dos procedimentos a realizar ao doente com a sua identificação e, ao mesmo tempo, que estas sejam auditadas semestralmente. Todos os profissionais que interagem com o doente são responsáveis por garantir, antes de qualquer intervenção ou procedimento, que os dados de identificação do doente são os corretos. O HB audita semestralmente a correta identificação dos doentes, no entanto, essa auditoria não contempla todos os aspetos sugeridos pelo PNSD, nomeadamente, na administração de medicamentos, de sangue ou tratamentos oncológicos. Sugere-se que se promova o alargamento das auditorias aos procedimentos acima referidos, para que se possam garantir práticas seguras, evitando o comprometimento dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

Os sistemas informáticos e as novas tecnologias poderão dar uma ajuda na confirmação da identificação dos doentes, com o uso de leitores de códigos de barras. A pulseira de identificação do doente, já amplamente instituída, poderia ter um código de barras que permitisse ao profissional confirmar inequivocamente o doente.

5. CONCLUSÕES

5.1 Trabalho efetuado

Atendendo a que o PNSD deve estar implementado até ao final do ano de 2020 em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, analisamos o estado em que se encontra a sua implementação no HB, nomeadamente, no que diz respeito à consecução dos objetivos estratégicos “1 - aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”; “2 - aumentar a segurança da comunicação”; “3 - aumentar a segurança cirúrgica” e “5- assegurar a identificação inequívoca dos doentes”.

Este trabalho foi realizado através da análise de dados fornecidos pelo Gabinete de Gestão do Risco do HB, nomeadamente, documentos relativos a procedimentos, políticas e resultados de auditorias. Foi ainda elaborado um questionário estruturado e de respostas de opinião com o intuito de perceber o que os colaboradores do HB conhecem relativamente à implementação do PNSD.

5.2 Limitações

O PNSD é um documento extremamente extenso e composto por nove objetivos estratégicos. Dada a complexidade de cada um deles e o facto do tempo previsto para a realização do projeto não permitir uma análise aprofundada de todos os aspetos que estes nove objetivos abarcam, a análise desenvolvida focou-se em quatro deles. Relativamente a estes, a dificuldade em obter os relatórios anuais sobre a execução e os resultados da DGS foi uma limitação.

Uma limitação importante deste estudo é se ter centrado na verificação da implementação (ou não) das medidas previstas no PNSD no HB, não se tendo analisado se de facto as medidas implementadas resultam num aumento da segurança do doente. Essa análise sairia do âmbito deste projeto e exigiria recursos adicionais para poder ser efetuada.

5.3 Principais conclusões

Objetivo estratégico 1: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

Seria de considerar promover uma reflexão acerca do mesmo, dado que uma das metas propostas para 2020 é a de atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança do ambiente interno igual ou superior a 90%. Com valores de adesão nacional que não chegam aos 20% e que na última avaliação apresentaram um decréscimo, ter como meta uma adesão superior a 90% poderá ser irrealista por parte do DGQ-DGS.

A ferramenta utilizada pela DQS-DGS para avaliar a perceção da cultura de segurança é um questionário longo (54 questões) e desmotivante. Fará sentido manter esta estratégia ou será mais prudente ajustar a taxa de adesão desejada para o futuro? Quando questionámos os colaboradores do HB sobre se tinham respondido a um dos três questionários da DGS sobre a perceção da cultura de segurança do doente, 80% responderam que não. Será esta a melhor ferramenta para promover um aumento da cultura de segurança?

Objetivo estratégico 2: aumentar a segurança da comunicação

Relativamente às metas a atingir em 2020, o PNSD refere quatro metas, todas relacionadas com os sistemas informáticos utilizados no SNS (Ministério da Saúde, 2015). O HB cumpre estas metas, sendo que os sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento intercomunicam através das aplicações informáticas *BSIMPLE* e *Glintt*, o HB tem um plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (*disaster recovery*) e que garante a disponibilidade dos sistemas de informação de modo a que não ocorram paragens de funcionamento, e, por último, as notas de alta dos doentes do HB estão acessíveis aos Centros de Saúde a que correspondem cada um dos doentes.

Relativamente aos procedimentos seguros na transição de cuidados (técnica ISBAR), o PNSD não preconiza nenhuma meta.

Objetivo estratégico 3: aumentar a segurança cirúrgica

O PNSD refere que, até ao final de 2020, todos os hospitais do SNS, centros hospitalares, unidades locais de saúde e entidades convencionadas devem utilizar a LVCS em 95% das

cirurgias realizadas. O HB utiliza a LVCS em todas as cirurgias, pois de outra forma o processo clínico do doente não fica completo.

No que diz respeito a incidentes cirúrgicos inadmissíveis, é muito difícil perceber o que se pretende com a redução em 1%, visto não se ter encontrado nenhuma definição que permita identificar se um incidente cirúrgico é ou não admissível. Para se avançar neste domínio, deveria começar-se por estabelecer o que constitui um “incidente cirúrgico inadmissível”.

Pouco mais de um terço (37%) dos respondentes ao inquérito, disseram ter conhecimento sobre a implementação de procedimentos de cirurgia segura; esta proporção foi mais elevada entre os enfermeiros (58%) e os médicos (43%). 22% dos profissionais que compõem a amostra identificaram a LVSC como procedimento implementado.

Objetivo estratégico 5: assegurar a identificação inequívoca dos doentes

O PNSD determina que, em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS e com ele convencionadas, se desenvolvam até 2020, auditorias com frequência semestral para um conjunto de validações relativas à identificação dos doentes.

Todavia, a pulseira foi a única prática referida pelos 44% dos respondentes que forneceram um exemplo de práticas seguras de identificação de doentes. 60% dos respondentes afirmaram conhecer práticas seguras de identificação de doentes.

O PNSD é parte integrante da estratégia nacional para a qualidade na saúde, sendo o primeiro documento oficial sobre segurança dos doentes. Ao HB, bem como a todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde, compete assegurar a implementação deste documento, segundo um conjunto de ações a desenvolver, para que seja possível a exequibilidade das metas propostas. Este documento agrega, na grande maioria dos seus objetivos, as normas que existiam e as que têm vindo a ser emitidas pela DGS, ao longo destes últimos anos. O HB, enquanto hospital público do SNS, em regime de PPP durante o período em que foi elaborado este projeto, tem sido distinguido anualmente pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), da ERS, desde 2012, obtendo classificação máxima no que diz respeito à segurança do doente. Com este trabalho, verificamos que, de um modo geral, o HB tem implementado as políticas, instruções de trabalho e os procedimentos necessários para tornar exequíveis as metas propostas pelo PNSD até ao final de 2020.

5.4 Trabalho futuro

A segurança dos doentes é uma prioridade à escala mundial. Para trabalhos futuros seria pertinente analisar os cinco objetivos estratégicos presentes no PNSD que não foram tratados neste trabalho, por serem de grande complexidade e porque o tempo requerido para tal tarefa seria muito superior ao disponível para o desenvolvimento do projeto.

Seria também importante tentar perceber se as medidas implementadas contribuem, efetivamente, para um aumento da segurança do doente.

Finalmente, seria relevante estudar o impacto da implementação de diretrizes e normas na atividade diária de todos os profissionais de saúde e formular novas estratégias para colmatar as possíveis dificuldades na implementação do atual PNSD.

BIBLIOGRAFIA

Referências bibliográficas

- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde. Conceitos e comportamentos*. 2ª edição de Janeiro de 2009. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Cintesis (2018). Acedido em 9 de maio de 2018. <http://cintesis.eu/pt/estudo-do-cintesis-conclui-6-dos-internamentos-hospitalares-registam-pelo-menos-um-evento-adverso/>
- Costa, B. (2019). *Hospital de Braga. Uma década de parceria no SNS*. Lisboa: José de Mello Saúde.
- Council of the European Union (2009). COUNCIL RECOMMENDATION of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01). Acedido em 28 de outubro de 2019. https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_June_2009%20patient%20safety.pdf
- DGS (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 12 de abril de 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- DGS (2011a). Orientação nº 018/2011, Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 24 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/identificacao-inequivoca-dos-doentes.aspx>
- DGS (2011b). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 24 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>
- DGS (2013a). Norma nº 02/2013, Cirurgia segura, salva vidas. Direção-Geral da Saúde (DGS): Lisboa.

- DGS (2015a). Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 24 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
- DGS (2015b). Cirurgia Segura Salva Vidas. Relatório de Monitorização – 2014. Departamento da Qualidade em Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 11 de fevereiro de 2019. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-cirurgica.aspx>
- DGS (2015d). Norma nº020/2015, “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 20 de setembro de 2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- DGS (2016b). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Resultados Hospital de Braga 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS).
- DGS (2017). Norma nº 001/2017, Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS): Lisboa. Acedido em 4 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- ERS (2019). Portal da ERS - Entidade Reguladora da Saúde > Sistema Nacional de Avaliação em saúde > Classificação de Prestadores > SINAS@Hospitais > Hospital de Braga, EPE. Acedido em 26 de setembro de 2019. <https://www.ers.pt/pages/198> (pesquisar Hospital de Braga, EPE)
- Gallotti, R. (2004). Eventos Adversos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 50(2): pp.109-26.
- Hospital de Braga (2012). Relatório Impacto da 2ª Campanha NPSS. Setembro de 2012. Braga.
- Hospital de Braga (2017). Portal do Hospital de Braga > O hospital > Qualidade. Acedido em 22 de abril de 2018. <https://www.hospitaldebraga.pt/o-hospital/qualidade>
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008
- Hospital de Braga (2019). Portal do Hospital de Braga > O hospital > Sobre nós. Acedido em 18 de setembro de 2019. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/sobre-nos>

- Lakatos, E.; Marconi, M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- Lima, J.; Pacheco, J. (2006). *Fazer Investigação*. Contributos para a elaboração de dissertações e teses. 1ª edição. Porto: Porto Editora, Lda.
- Mendes, C.; Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32 (2): pp.197-205.
- Ministério da Saúde (2015). Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2ª Série, Nº 28 (10-02-2015), 3882(2)-3882(10).
- PORDATA (2018a). Portal da PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo > Portugal > Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB. Acedido em 9 de maio de 2018.
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-610>
- Sousa-Pinto, Bernardo; Marques, Fernando; Lopes, Alberto Freitas, (2018). Frequency and Impacto f Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes Between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3) 48:1-48:9 (2018). Acedido em 9 de maio de 2018. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10916-018-0898-5>
- WHO (2007a). Patient Safety Solutions - Patient Identification. volume I, solution 2, May. Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido em 24 de abril de 2019.
<https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>
- WHO (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives). Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido em 22 de abril de 2018.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- WHO (2018a). Portal da World Health Organization > 10 facts on patient safety, 2018. Acedido em 29 de abril de 2018.
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

Outra bibliografia consultada

Baraňano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão*. 1ª edição. 2004.

Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Comissão das Comunidades Europeias (2007). Livro Branco: Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013). Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Acedido em 16 de abril de 2018.

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_pt.pdf

DGS (2011c). Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Departamento da Qualidade na Saúde. Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS).

Acedido em 27 de abril de 2018. <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i017804.pdf>

DGS (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: Com mais cuidado - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Dtvl8QAYuxgJ:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

DGS (2013b). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Completa. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018.

http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

DGS (2013c). Norma 024/2013, Prevenção da Infecção no Local Cirúrgico. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

DGS (2014a). Norma nº 020/2014, Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>

DGS (2014b). Norma nº 015/2014, Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 12 de fevereiro de

2019. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- DGS (2014c). Informação nº 002/2014, Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA – 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 10 de maio de 2019. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- DGS (2015c). Norma nº 014/2015, Medicamentos de alerta máximo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015-pdf.aspx>
- DGS (2016a). Qualidade e Segurança, Segurança dos Doentes, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 20 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- DGS (2016c). Norma nº 018/2016, Reconciliação da medicação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>
- DGS (2018). Norma nº 005/2018, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS). Acedido em 4 de abril de 2018. <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel” Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 20 de abril de 2018. <https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/>
- Ministério da Saúde (2009). Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República 2ª Série, Nº 120 (24-06-2009), 24667-24669.

- PORDATA (2018b). Portal da PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo > Portugal > SNS: encargos com medicamentos - Continente. Acedido em 9 de maio de 2019. <https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+encargos+com+medicamentos+++Continente-327>
- Singer, S. J.; Tucker, A. L. (2014). The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Quality and Safety*. 23(10): pp.789-800.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety. A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- WHO (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido em 22 de abril de 2018. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- WHO (2007b). WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido em 29 de abril de 2019. https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
- WHO (2008). Global Priorities for Research in Patient Safety (first edition). Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido em 22 de abril de 2018. http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf
- WHO (2017). Portal da World Health Organization > The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Acedido em 13 de maio de 2019. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
- WHO (2018b). Portal da World Health Organization > Patient Safety. Acedido em 29 de abril de 2018. <http://www.who.int/patientsafety/en/>

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO

Questionário elaborado por Maria Joana Bruno de Sousa Neto, no âmbito da realização do Projeto “Análise da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes no Hospital de Braga”, para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Este questionário tem o propósito de recolher informação acerca do conhecimento geral e adquirido dos colaboradores do Hospital de Braga no que diz respeito à implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, nomeadamente, aos objetivos 1, 2, 3 e 5.

1. Grupo profissional a que pertence:

- ☐ Assistente operacional
- ☐ Assistente técnico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- ☐ Técnico Superior de Saúde
- ☐ Outros

2. Faixa etária:

- ☐ <21 anos
- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ 61-70

3. Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Alguma vez respondeu a um questionário da Direção Geral da Saúde sobre a perceção da cultura de segurança do doente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5. Acerca da segurança cirúrgica, o Hospital de Braga implementou procedimentos nesse sentido?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Se sim, por favor, indique um exemplo.

6. No que diz respeito à comunicação em saúde, sabe o que significa a metodologia ISBAR?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. O Hospital de Braga implementou práticas seguras da identificação dos doentes?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Se sim, por favor, indique uma dessas práticas.

8. Considera importante a notificação de eventos adversos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Já alguma vez notificou um evento adverso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Para fazer uma notificação de evento adverso, o sistema disponível no Hospital de Braga parece-lhe acessível?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Agradeço a sua colaboração.

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO HOSPITAL DE BRAGA

Exmo. Sr.
Presidente da Comissão
Executiva do Hospital de Braga

Autorizado
[Assinatura]
22/1/19

Eu, Maria Joana Bruno de Sousa Neto, colaboradora nº 2302 deste Hospital, venho por este meio e muito respeitosamente, solicitar a V. Ex^a autorização para consulta e utilização dos documentos referentes à implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, existentes no Departamento de Gestão de Risco do Hospital de Braga.

Estes dados serão analisados e tratados durante a elaboração do projeto “Análise da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes no Hospital de Braga” que estou a desenvolver, sob orientação da Prof. Dra. Nazaré Glória Gonçalves Rego, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Tendo sido contactada, previamente, a responsável pela Gestão do Risco no Hospital de Braga, Enf. Silvia Oliveira, para além de se ter disponibilizado para fornecer os dados necessários, mostrou interesse no assunto a ser tratado.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Assim, aguardo deferimento.

Braga, 18 de Janeiro de 2019

Maria Joana Bruno de Sousa Neto

Maria Joana Bruno de Sousa Neto

*Recebido no secretariado
de Administração 18/01/2019
[Assinatura]*

ANEXO II - AUDITORIA PASSAGEM DE TURNO 2018

RELATÓRIO AUDITORIA INTERNA

DATA AUDITORIA: 04 e 05/09/2018

SERVIÇO/ ÁREA AUDITADA:

Auditoria à Passagem de Turno – Durante dois dias foram auditados os serviços de internamento, na passagem de turno da manhã. A UCIP e UCIN foram excluídas desta avaliação pois a rotina de passagem de turno tem um procedimento diferente.

COLABORADORES AUDITADOS: Enfermeiros

PONTOS FORTES OBSERVADOS E CONSTATAÇÕES GERAIS DA AUDITORIA:

Envolvimento e colaboração da equipa

OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Nº OBS	CONSTATAÇÃO	SUGESTÃO DE MELHORIA	CRITÉRIOS/ REQUISITOS
1	No que diz respeito ao cumprimento do início da hora de passagem de turno apenas um serviço iniciou depois da hora, mas sem impacto para o momento.	Nada referir	
2	No total das passagens de turno observadas foram apenas registadas 14 interrupções. Este facto é positivo pois parece demonstrar existir maior respeito por este momento e as equipas vão criando estratégias para que assim seja, tais como garantir que um enfermeiro fica fora da passagem de turno.	Nada referir	
3	A duração da passagem de turno cumpriu os 30 minutos preconizados para o tempo de duração na maioria dos serviços e nos restantes a causa para ultrapassar esse tempo deveu-se a admissão de novos doentes.	Nada referir	
4	A metodologia ISBAR encontra-se implementada.		

DECURSO E CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

A metodologia ISBAR encontra-se implementada.

A apresentação de novos doentes aumenta naturalmente o tempo de passagem de turno.

EQUIPA AUDITORA:

Fernanda Barreto; Diana Gaspar; Eduardo Semanas; Ana Magalhães; Sara Cunha; Sílvia Silva; Mariana Silva; Cláudia Martins; Margarida Esperança; Sílvia Oliveira

DATA RELATÓRIO: 01/10/2018

IMP.040.01/03/2014

ANEXO III - MARCAÇÃO DO LOCAL DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA



PROCEDIMENTO GERAL

PRO.092.02

MARCAÇÃO DO LOCAL DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Aprovação: 06/07/2016

Revisão: 06/07/2019

1. OBJETIVO

Contribuir para a correta e inequívoca identificação do local a que o doente vai ser intervencionado, sobretudo em cirurgias com bilateralidade.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores dos serviços clínicos do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Gabinete da Gestão do Risco, aos Diretores de Serviço e aos Enfermeiros Chefes do Hospital de Braga a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS

Critério do Manual CHKS: 22.16.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Por forma a garantir de forma correta e inequívoca que o doente é intervencionado no local correto, sobretudo em cirurgias com bilateralidade, a marcação do local de intervenção cirúrgica é fundamental, pelo que se deve proceder do seguinte modo:

1. A marcação do local da intervenção cirúrgica aplica-se às intervenções cirúrgicas que envolvam lateralidade (uma distinção para a esquerda ou direita) ou em múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, um dedo particular, dedo do pé, lesão cutânea, vértebra).
2. O cirurgião deve garantir o registo no processo do doente, do local da cirurgia, de forma inequívoca.
3. O enfermeiro que procede à preparação pré-operatória do local cirúrgico, antes da marcação do local da intervenção cirúrgica deve:
 - a. Consultar, no processo clínico, o local da intervenção cirúrgica;
 - b. Confirmar com o doente, quando possível, o local da intervenção cirúrgica;
 - c. Proceder à marcação do local cirúrgico, com uma seta (➡);
 - d. Em caso de dúvida, deve consultar o médico e este deve colocar no processo a informação/ localização correta;
 - e. Utilizar um marcador que não saia durante a desinfeção cirúrgica.

2. Aquando a receção do doente no Bloco Operatório, o enfermeiro deve verificar se o doente tem o local da intervenção cirúrgica devidamente marcado. Em caso negativo, deve chamar o cirurgião responsável para proceder à marcação do local da intervenção cirúrgica;
3. É da responsabilidade última e exclusiva do cirurgião responsável, e antes da indução anestésica, a validação da marcação do local cirúrgico, previamente sinalizado.
4. Caso se verifique qualquer falha neste procedimento, deve ser declarada na aplicação da Gestão do Risco (HER+ – *Health Event & Risk Management*).
5. Este procedimento, por si só, não previne a ocorrência de intervenções ao local errado, no entanto, é um reforço importante na cadeia de validação.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Norma nº 002/2013 de 12 de fevereiro, atualizada a 25 de junho de 2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas - Direção Geral da Saúde (DGS) , 2013;
- Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas - Direção Geral da Saúde (DGS).

ELABORADO
Coordenadora do Gabinete da Gestão do Risco
Sílvia Oliveira
Gestor do Risco Clínico
Paulo Gouveia

VALIDADO
Diretora da Qualidade
Teresa Magalhães Ferreira

APROVADO
Diretor Clínico
Alberto Bessa Peixoto
Enfermeira Diretora
Fátima Faria

ANEXO IV - CONTAGEM DE COMPRESSAS



PROCEDIMENTO ESPECIFICO CONTAGEM DE COMPRESSAS

PRO.BOP.006.02

1. OBJETIVO

Determinar a forma de contagem de compressas durante o procedimento cirúrgico.

2. ÂMBITO

Aplica-se à equipa cirúrgica, em especial a todos os cirurgiões, enfermeiros instrumentistas e enfermeiros circulantes do Bloco Operatório.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor do Bloco Operatório, aos Diretores dos Serviços Cirúrgicos e ao Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS E ABREVIATURAS

Critério do Manual CHKS [2016]: 42.34.

RX – Raio-X

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O procedimento de contagem de compressas/ cotonóides/ descoladores e panos de vísceras visa prevenir a retenção dos mesmos durante uma cirurgia. Nesse sentido deve respeitar-se os seguintes requisitos:

1. No campo operatório só se utilizam compressas , cotonóides, descoladores e panos de vísceras com contraste ao RX. Todos os pacotes devem ser normalizados.
2. A responsabilidade da contagem das compressas pertence a toda a equipa cirúrgica e processa-se da seguinte forma:
 - a. A contagem de compressas devem ser realizadas por duas pessoas, de forma audível e sem interrupções;
 - b. A contagem é efetuada, idealmente, pelo enfermeiro instrumentista e circulante.
 - c. Se não for possível a presença do enfermeiro instrumentista na cirurgia a contagem deve ser realizada pelo enfermeiro circulante e pelo cirurgião, em conjunto.
 - d. Durante a contagem das compressas toda a equipa deve fazer uma pausa do ato cirúrgico .
 - e. Os fios de encerramento só são colocados na mesa cirúrgica após a contagem das compressas.
 - f. Sempre que é aberto um pacote de compressas o enfermeiro instrumentista deve:
 - i. contar as compressas de forma audível, uma a uma,
 - ii. separar as compressas e verificar se tem contraste
 - iii. efetuar o processo com a colaboração do enfermeiro circulante que procede ao registo no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*.
3. A contagem deve ser realizada e registada nos seguintes momentos:

Aprovação: 08/06/2018

Revisão: 08/06/2021

1/3

- a. Antes do início da cirurgia;
 - b. Sempre que são abertos novos pacotes de compressas para a mesa;
 - c. No primeiro plano de encerramento;
 - d. No encerramento da pele;
 - e. Sempre que o enfermeiro instrumentista é substituído;
 - f. Se a incisão for reaberta após o final da contagem.
4. Quando o enfermeiro instrumentista e/ou o enfermeiro circulante são substituídos deve ser realizada uma contagem total das compressas e os respetivos valores serão registados no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*.
 5. O enfermeiro circulante, conta as compressas rejeitadas, de forma audível uma a uma, separando-as, abrindo-as e retirando-as com pinça ou luvas, de uma balde para outro e procede ao seu registo no campo 13 do formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*;
 6. Só o enfermeiro instrumentista deve proceder à remoção das compressas do campo operatório para um balde alto único, utilizado apenas para esse fim;
 7. Todas as compressas devem permanecer na sala de operações até ao final da cirurgia.
 8. Os produtos que saiam da sala durante a cirurgia (p.ex. com peças anatómicas) não se podem fazer acompanhar com compressas com contraste ao RX;
 9. As compressas com contraste ao RX devem ser de uso exclusivo no campo operatório e não devem ser utilizadas para qualquer outro procedimento no Bloco Operatório (p.ex. na fixação do cateter epidural);
 10. Os descoladores, mechas, cotonóides e panos de vísceras utilizados devem ser contados e permanecer separados na mesa para reduzir a possibilidade de perda ou engano de contagem;
 11. As compressas utilizadas na anestesia devem ser sem contraste ao RX e devem ser recolhidas em balde próprio;
 12. As compressas, cotonóides, descoladores, mechas e panos de vísceras utilizados não podem ser cortados;
 13. Quando o número de compressas por pacote aberto não estiver correto as compressas devem ser retiradas de imediato da mesa, recolocadas no pacote, e entregues ao enfermeiro chefe/responsável de turno;
 14. Quando a contagem final de compressas não estiver correta deve-se:
 - a. Repetir a contagem;
 - b. Informar o cirurgião;
 - c. Procurar no lixo, roupa e campos cirúrgicos as compressas em falta;
 - d. Efetuar RX intra-operatório;
 - e. Informar o enfermeiro chefe ou responsável de turno;
 - f. Registar a ocorrência (no campo 13 do formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória* e na Lista de Verificação de Cirurgia Segura);
 15. Se o cirurgião recusar a realização do RX, este deve assumir essa responsabilidade e regista a sua posição no documento de registo operatório do sistema informático Glinnt, o enfermeiro circulante regista este facto no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*) e regista na aplicação da Gestão do Risco – HER + - *Health Event & Risk Management*.

16. Se no RX se verificar que a compressa foi deixada no doente, o cirurgião assume a responsabilidade da sua remoção e regista o incidente no documento de registo operatório do sistema informático *Glintt*;
17. Em situação de emergência, e quando a contagem não é viável com duas pessoas, o enfermeiro instrumentista deve:
- Efetuar a contagem de compressas sozinho e, se possível, cada vez que é aberto um pacote de compressas para a mesa;
 - Informar o cirurgião que a contagem não se realizou conforme protocolado;
 - Informar o enfermeiro chefe ou responsável de turno;
 - Providenciar RX intraoperatório para o final da cirurgia;
 - Registar a ocorrência no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*;
18. A contagem das compressas deve ser registada no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória* (campo n.º 13);
19. Se o cirurgião recusar a contagem das compressas o enfermeiro circulante regista a ocorrência no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*, regista na aplicação de Gestão do Risco – HER + e na Lista de Verificação de Cirurgia Segura na aplicação informática Glintt ou no IMP.BOP.003 - *Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica*;
20. A contagem das compressas é dispensada nas cirurgias onde a profundidade e localização da ferida operatória não é suscetível de deixar acidentalmente compressas;
21. Nas cirurgias onde são deixadas compressas (preferencialmente grandes) para hemostase, a contagem deve ser realizada. O registo deve ser efetuado no formulário IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória* pelo enfermeiro circulante, e pelo cirurgião no documento de registo operatório do sistema informático *Glintt*;
22. Nos casos de contagem incorreta ou duvidosa, na eventualidade de o cirurgião recusar a contagem e nas situações de emergência, o enfermeiro chefe/ responsável devem sinalizar a situação, colocando uma etiqueta do doente no livro de ocorrências e a descrição do ocorrido;
23. Nas situações em que o doente dá entrada na sala operatória com pensos cirúrgicos, as compressas retiradas destes devem ser guardadas num saco de plástico encerrado e identificado.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- IMP.BOP.003 – Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica;
- IMP.BOP.009 – Registo de Enfermagem Intraoperatória

REVISTO	VALIDADO	APROVADO
Gestora Local do Risco do Bloco Operatório Ana Sofia Barreira Sofia Rodrigues Zilda Cardoso	Gestor do Risco Clínico Paulo Gouveia Gestora do Risco Geral Sílvia Oliveira Diretor do Bloco Operatório Luis Dias Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Celeste Machado	Diretor Clínico Alberto Bessa Peixoto Enfermeira Diretora Fátima Faria
Aprovação: 08/06/2018 Revisão: 08/06/2021 3/3		

ANEXO V - CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS NO BLOCO OPERATÓRIO



PROCEDIMENTO ESPECÍFICO CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS NO BLOCO OPERATÓRIO

PRO.BOP.012.02

1. OBJETIVO

Definir a forma de contagem dos instrumentos cirúrgicos no ato operatório.

2. ÂMBITO

Aplica-se à equipa cirúrgica, em especial a todos os cirurgiões, enfermeiros instrumentistas e enfermeiros circulantes do Bloco Operatório.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor do Bloco Operatório, aos Diretores dos Serviços Cirúrgicos e ao Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS

Critério do Manual CHKS [2016]: 1.49.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A contagem dos instrumentos cirúrgicos é da responsabilidade da equipa cirúrgica e é realizada pelos enfermeiros instrumentista e circulante.

1. Na fase de preparação das mesas cirúrgicas destinadas às intervenções procede-se da seguinte forma:
 - a. Após abertura da caixa de instrumentos, o enfermeiro instrumentista realiza uma primeira contagem de todo o instrumental e comunica ao enfermeiro circulante;
 - b. Após este procedimento, o enfermeiro circulante faz o registo no formulário da contagem dos instrumentos.
2. No final da cirurgia procede-se da seguinte forma:
 - a. O enfermeiro instrumentista procede a uma segunda contagem dos instrumentos cirúrgicos sendo esta contagem confrontada com a primeira para verificar se está correta.
 - b. O enfermeiro circulante completa o registo no formulário da contagem dos instrumentos;
 - c. A contagem deve ocorrer sem interrupções.
3. Quando o enfermeiro instrumentista é substituído, este assume a contagem final, embora deva ficar registado no formulário o n.º mecanográfico dos dois instrumentistas;
4. Se a contagem não estiver correta deve proceder-se do seguinte modo:

- a. Repetir a contagem;
 - b. Informar toda a equipa;
 - c. Verificar se o material em falta não está no contentor dos instrumentos;
 - d. Procurar o material em falta em cima dos equipamentos;
 - e. Procurar o material em falta nos resíduos, roupa e campos cirúrgicos;
 - f. Efetuar exame radiológico intraoperatório se os instrumentos não aparecerem;
 - g. Informar o enfermeiro chefe ou responsável de turno da ocorrência;
5. Registar o incidente no campo 15 do IMP.BOP.009 – *Registo de Enfermagem Intraoperatória*.
6. Se no exame radiológico se verificar que o instrumento foi deixado no doente, o cirurgião assume a responsabilidade da sua remoção e regista o incidente no documento de registo operatório do sistema informático *Glinnt*.
7. Em situações de emergência e quando a contagem não é viável com duas pessoas o enfermeiro instrumentista deve:
- a. Estar atento ao número de instrumentos que colocou na mesa operatória;
 - b. Informar a equipa cirúrgica que não houve contagem de instrumentos;
 - c. Efetuar a contagem no final da cirurgia; e se faltar algum instrumento proceder como previsto no ponto 5) e 6).

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- IDT.BOP.013 – Registo de Enfermagem Intraoperatória
- IMP.BOP.003 – Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica
- IMP.BOP.009 – Registo de Enfermagem Intraoperatória

REVISTO	VALIDADO	APROVADO
Gestora Local do Risco do Bloco Operatório Ana Sofia Rodrigues Gestora Local do Risco do Bloco Operatório Ana Sofia Barreira Gestora Local do Risco do Bloco Operatório Zilda Cardoso	Gestor do Risco Clínico Paulo Gouveia Gestora do Risco Geral Sílvia Oliveira Diretor do Bloco Operatório Luis Dias Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Celeste Machado	Diretor Clínico Alberto Bessa Peixoto Enfermeira Diretora Fátima Faria
Aprovação: 17/10/2018 Revisão: 15/10/2021 2/2		

ANEXO VI - LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E SEGURANÇA CIRÚRGICA



INSTRUÇÃO DE TRABALHO ESPECÍFICA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E SEGURANÇA CIRÚRGICA

IDT.BOP.001.02

1. OBJETIVO

Definir a forma de preenchimento do IMP.BOP.003 – *Lista de Verificação Pré-Operatória e de Segurança Cirúrgica*.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os Médicos e Enfermeiros dos serviços utilizadores do Bloco Operatório e a todos os Enfermeiros do Bloco Operatório.

3. RESPONSABILIDADES

Compete aos Diretores e Enfermeiros Chefes dos Serviços utilizadores do Bloco Operatório e ao Diretor e Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório a implementação desta instrução de trabalho.

4. REFERÊNCIAS

Crítérios do Manual CHKS [2016]: 16.29; 42.25.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O IMP.BOP.003 – *Lista de Verificação Pré-Operatória e de Segurança Cirúrgica* é colocado como primeira folha do episódio clínico e, posteriormente, arquivada no Processo Clínico na seção de internamento pelo profissional que for responsável pela composição do Processo Clínico e é preenchido do seguinte modo:

Página 1 do impresso (frente)

- a. O Assistente Técnico coloca uma etiqueta de identificação do doente no local próprio do impresso;
- b. O **Cirurgião** preencherá os campos “**Consulta pré-operatória/ serviço**” que representa e a “**Operação**” que prevê realizar, bem como os campos de **1 a 8** da seguinte forma:
 1. **Consentimento informado para cirurgia assinado** – obrigatoriamente assinado. O não cumprimento anula todos os procedimentos seguintes;
 2. **Avaliação pré anestésica realizada/ agendada** – Riscar o que não interessa. A inexistência de avaliação pré anestésica realizada em consulta externa (**caso de “cirurgia eletiva”**), ou por pedido de colaboração interna (**caso de “urgências diferidas”**), poderá por insuficiência de informação levar ao cancelamento da cirurgia;

3. **Consentimento informado para anestesia** – obrigatoriamente assinado. O não cumprimento anula todos os procedimentos seguintes;
4. **Reserva de vaga na UCIP** – deverá ser referenciado;
5. **Reserva de sangue** – deverá ser referenciado;
6. **Portador de alergias** – deverão ser referenciadas em observações as alergias, nomeadamente a medicamentos, adesivos e solutos;
7. **Portador de *pacemaker*** – deverá ser referenciado;
8. **Portador de micro-organismos epidemiologicamente importante** - deverá ser referenciado;
- c. O Cirurgião no espaço próprio tem de assinar, colocar o n.º mecanográfico e registar data;
- d. O doente só sai do Serviço, para o Bloco Operatório, após a validação dos campos 1 a 8 pelo Cirurgião;
- e. O preenchimento dos campos de **9 a 20** são da responsabilidade do **Enfermeiro do Serviço Cirúrgico**, da seguinte forma:
 9. **Identificação do doente e pulseira colocada** – confirmação positiva com o doente do nome e data de nascimento, verificação da identificação no processo e em todas as etiquetas. Além disso, todos os doentes serão portadores de uma pulseira de identificação onde constará o seu nome e número do processo;
 10. **Assinalar o local operatório** - o local operatório tem de ser assinalado com uma seta (➔), com um marcador permanente do tipo "Edding 3000", de acordo com o PRO.092 – *Marcação do Local de Intervenção Cirúrgica*;
 11. **Jejum pré-operatório** – o jejum pré-operatório para adultos deverá ser de 6 horas para alimentos sólidos e de 4 horas para alimentos líquidos brancos (água); em doentes pediátricos (idade inferior a 10 anos), deverá ser cumprido o protocolo de jejum. O não cumprimento do jejum implica o aviso do anestesista responsável. Registar a hora da última refeição;
 12. **Avaliação de glicemia capilar** – Deve ser avaliada a glicemia capilar e registado o valor. O nível de glicemia do doente deve manter-se abaixo dos 200 mg/dL durante toda a cirurgia, em doentes diabéticos e não diabéticos;
 13. **Avaliação da temperatura timpânica** - Deve ser avaliada a temperatura timpânica e registado o valor, de forma a promover a normotermia no peri-operatório;
 14. **Adornos** - nenhum doente poderá ser portador de qualquer adorno metálico (possibilidade de queimadura com o bisturi eléctrico). Toda a maquilhagem deve ser retirada (incluindo verniz das unhas);

15. **Próteses** - todas as próteses devem ser em princípio retiradas, salvaguardando-se as situações em que a imagem corporal alterada do doente, lhe seja penosa. Nestes casos deverá ser registada em observações e não impede a ida do doente para o Bloco Operatório;
16. **Lentes de contacto e óculos** - Todas as lentes de contacto e óculos devem em princípio ser retiradas, salvaguardando-se as situações em que a imagem corporal alterada do doente, lhe seja penosa. Nestes casos deverá ser registada em observações e não impede a ida do doente para o Bloco Operatório;
17. **Rotina pré-operatória** – esta rotina deverá incluir:
- i. Banho pré-operatório (excepto urgência);
 - ii. Tricotomia;
 - iii. Área operatória preparada;
 - iv. Bata, barrete e proteção da área genital colocados;
 - v. A algaliação e intubação nasogástrica só serão efetuadas no Serviço desde que especificamente determinado pelo Cirurgião responsável da prescrição;
 - vi. Protocolos específicos definidos e implementados no Serviço.
18. **Veia puncionada e solução em perfusão** – deverá ser puncionado o membro superior não dominante, o mais distal possível, com um cateter de calibre 20 e colocado prolongador com torneira de 3 vias. A solução em perfusão será colocada segundo a prescrição do Cirurgião;
- Exceptuam-se:
- vii. Os casos de impossibilidade ou contra-indicação de punção do membro superior não dominante;
 - viii. Os casos de doentes com reserva de sangue ou com necessidade de perfundir grandes volumes, que deverão ser puncionados com um cateter de calibre 18;
 - ix. Crianças, que deve ser seguido o procedimento de anestesia em pediatria.
19. **Avisar BO que o doente é portador de micro-organismos** – deverá ser referenciado telefonicamente pelo Serviço ao controle do Bloco Operatório no início da manhã, ou logo que possível;
20. **Esvaziamento vesical** - todos os doentes devem ser estimulados a urinar previamente ao transporte para o Bloco Operatório, mesmo aqueles em que esteja prescrita algaliação a efetuar no Bloco Operatório;
- f. O Enfermeiro no espaço próprio tem de assinar, colocar o n.º mecanográfico, datar e registar a hora;

- g. O **Anestesiista do Bloco Operatório** que recebe o doente deve conferir os campos de **1 a 4** preenchendo os locais apropriados e no fim, assinar, colocar o n.º mecanográfico e registar a data, caso não tenha sido efetuado informaticamente no *B-Simple*;
- h. O **Enfermeiro do Bloco Operatório** que recebe o doente deve conferir os campos de **5 a 18** preenchendo os locais apropriados e no fim, assinar, colocar o n.º mecanográfico e registar a hora;
- i. Sempre que algum dos campos 1 a 8 não esteja validado deve interromper-se o processo.

Página 2 do impresso (verso):

(Quando não for possível o preenchimento informático deve ser usado este impresso)

No verso do impresso consta a lista de segurança cirúrgica, respeitando as questões sugeridas pela *World Alliance for Patient Safety*.

1. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

- a. O preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é da responsabilidade, do designado coordenador da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, que será preferencialmente o Enfermeiro de anestesia ou, na sua impossibilidade, o Enfermeiro circulante;
 - b. A lista de verificação é aplicada em três momentos diferentes numa cirurgia, cada um correspondente a um período específico de tempo no fluxo normal da operação:
 - i. O período **antes da indução** da anestesia;
 - ii. O período **antes da incisão da pele**;
 - iii. O período **durante ou imediatamente após o encerramento da ferida**, mas antes de retirar o doente da sala operações.
 - c. Em cada fase, o coordenador da lista deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as suas tarefas, antes de prosseguir;
 - d. Todas as etapas devem ser verificadas verbalmente com o membro da equipa adequado para garantir que as ações chave foram realizadas;
- 2. Assim, antes da indução da anestesia, o coordenador da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica deve:**
- a. Rever verbalmente com o anestesiista e o doente (quando possível) que a identidade do doente foi confirmada, que o procedimento e o local estão corretos e que o consentimento para a cirurgia e anestesia foi dado;
 - b. Confirmar visual e verbalmente que o local da cirurgia foi marcado (se aplicável);
 - c. Confirmar a colocação da Monitorização standard (ECG, TA e oxímetro);

- d. Rever, com o anestesista:
- i. O risco do doente sangrar (> 500 mL de sangue ou 7 mL/ kg em crianças) e a existência de transfusão disponível (se necessário);
 - ii. As dificuldades no estabelecimento duma via aérea eficaz ou risco de aspiração;
 - iii. As reações alérgicas conhecidas;
 - iv. A lista de verificação de segurança do equipamento de anestesia;
 - v. Se a administração da medicação foi concluída;
 - vi. Vaga na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente ou outra unidade confirmada (se aplicável).
- e. Garantir que o Anestesista está presente nesta fase. Idealmente, o Cirurgião deve estar presente, pois pode ter uma ideia mais clara do esperado no que respeita a perda de sangue, alergias ou outros factores de risco de complicações do doente. No entanto, a presença do Cirurgião não é essencial para completar esta parte da lista de verificação.
3. **Antes de iniciar a incisão da pele**, toda a equipa cirúrgica está presente, devendo:
- a. Apresentar-se e cada membro da equipa indicando o seu nome e função. Se já têm trabalhado em conjunto, os elementos da equipa podem confirmar que todos estão na sala e que se conhecem uns aos outros;
 - b. Confirmar, em voz alta, que se está a realizar a operação correta, no doente e local corretos;
 - c. Rever verbalmente, partilhando cada um na sua vez, os elementos críticos dos seus planos para a operação, utilizando como orientação a Lista de Verificação;
 - d. Confirmar que os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos;
 - e. Confirmar realização de profilaxia de tromboembolismo (colocação de contenção dos membros inferiores, quando aplicável);
 - f. Confirmar a esterilização dos dispositivos, através da leitura dos indicadores, colando-os no processo;
 - g. Avaliar a existência de problemas com equipamentos/dispositivos;
 - h. Confirmar que os exames imagiológicos ou outros essenciais estão presentes, de acordo com o caso.
4. **Antes de o doente sair da sala** de operações, a equipa deve, em conjunto, confirmar:
- a. A cirurgia que foi realizada;
 - b. A contagem das compressas, dos instrumentos e corto-perfurantes;

- c. A rotulagem dos produtos biológicos ou outros obtidos na cirurgia – ler rótulo em voz alta, incluindo nome do doente, com outro elemento da equipa (dupla verificação) de acordo com a IDT.BOP.011 - *Envio de Peças do Bloco Operatório para a Anatomia Patológica*;
- d. Todas as avarias ou problemas de equipamento que precisam de ser reportadas;
- e. A informação relevante a transmitir à equipa de recobro;
- f. As principais preocupações/necessidades do doente, antes de o retirar da sala de operações;
- g. O **Índice de Apgar Cirúrgico**, calculado após o 3.º momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo Anestesiologista, permite dar *feedback* imediato aos prestadores sobre a condição do doente.

Este é um sistema de 10 pontos baseado em três parâmetros intraoperatórios: perda estimada de sangue, a menor frequência cardíaca e a menor pressão arterial média.

	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Estimativa de perda de sangue (mL)	> 1000	601-1000	101-600	≤ 100	
Menor tensão arterial média (mm Hg)	< 40	40-54	55-69	≥ 70	
Menor frequência cardíaca (batimentos por minuto)	> 85*	76-85	66-75	56-65	≤ 55*

*A ocorrência de bradiarritmias patológicas, incluindo paragem sinusal, bloqueio ou dissociação aurículo-ventricular, ritmos juncionais ou ventriculares e a assistolia também dá 0 pontos para a menor frequência cardíaca.

5. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, após preenchida deve ser colocada na secção de internamento do Processo Clínico do doente.

Nas situações de emergência a lista é preenchida após o início da cirurgia, ou quando o doente já está estável. Por Exemplo: identificação do doente, se possui alergias, jejum, patologias enquanto se monitoriza, etc.

Nota – A deteção de não conformidades no preenchimento do IMP.BOP.003 – *Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica* deve ser registada na aplicação, destinada à declaração de eventos adversos da Gestão do Risco – *HER+ - Health Event & Risk Management*.

6. ANEXO

- IMP.BOP.003 – Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- PTC.009 – Jejum Pré-Operatório;
- PTC.ANEST.005 – Jejum para Crianças Operadas em Regime de Ambulatório;
- PTC.ANEST.006 – Jejum Pré-Operatório no Bloco de Partos
- PRO.092 – Marcação do Local de Intervenção Cirúrgica
- PRO.BOP.006 – Contagem de Compressas;
- PRO.BOP.012 – Contagem de Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório
- PRO.BOP.019 - Contagem de Materiais Corto-Perfurantes
- IDT.BOP.011 – Envio de Peças do Bloco Operatório para a Anatomia Patológica
- FI.BOP.001 – Cirurgia Segura, Salva Vidas

Referências Bibliográficas:

- Circular Normativa n.º 002/2013, de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 - "Cirurgia Segura Salva Vidas";
- Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, Organização Mundial da Saúde, 2009.

REVISTO	VALIDADO	APROVADO
Gestora Local do Risco do Bloco Operatório Sofia Rodrigues	Diretor do Bloco Operatório Luís Dias Diretora do Serviço de Anestesiologia Maria José Barros Pereira Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Celeste Machado Coordenadora do GCL-PPCIRA Isabel Veloso Coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco Sílvia Oliveira	Diretor Clínico Alberto Bessa Peixoto Enfermeira Diretora Fátima Faria
<hr/>		
Aprovação: 14/10/2018 Revisão: 14/10/2021 7/7		

ANEXO VII - LISTA DE VERIFICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA



INSTRUÇÃO DE TRABALHO ESPECÍFICA LISTA DE VERIFICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

IDT.BOP.002.01

Aprovação: 22/10/2015

Revisão: 22/10/2018

1. OBJECTIVO

Definir a forma de preenchimento da Lista de Verificação Pós-Operatória (IMP.BOP.004 – *Lista de Verificação Pós Operatória*).

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os Médicos e Enfermeiros dos serviços utilizadores do Bloco Operatório e a todos os Enfermeiros do Bloco Operatório.

3. RESPONSABILIDADES

Compete aos Diretores e Enfermeiros Chefes dos Serviços utilizadores do Bloco Operatório e ao Diretor e Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório a implementação desta instrução de trabalho.

4. REFERÊNCIAS

Critério do Manual CHKS: 33.13.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O IMP.BOP.004 – *Lista de Verificação Pós-Operatória* é colocado como primeira folha do episódio clínico e, posteriormente, arquivada no Processo Clínico na secção de internamento pelo profissional que for responsável pela composição do Processo Clínico e é preenchido do seguinte modo:

1. O **Cirurgião** preencherá os campos “**SERVIÇO**” que representa e a “**OPERAÇÃO**” que foi realizada, bem como os campos de **1 a 6** da seguinte forma:
 - a) **RELATO OPERATÓRIO**: O relato operatório deve ser totalmente preenchido no processo clínico electrónico no Bloco Operatório. Neste campo deve ser colocado, no mínimo, a data, o Serviço, diagnóstico final, operação realizada e intervenientes;
 - b) **PRESCRIÇÃO TERAPÉUTICA**: Prescrever a medicação a administrar no processo clínico electrónico. Preencher o formulário “Prescrição farmacológica” e/ou formulário “Prescrição não farmacológica”, se aplicável
 - c) **REQUISIÇÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**: Preencher a requisição para anatomia patológica, se for caso disso e coloca-la no local apropriado;
 - d) **REQUISIÇÃO DE ANÁLISES DE SANGUE**: Preencher a requisição, se for caso disso;

-
- e) **REQUISIÇÃO DE ANÁLISES DE OUTROS PRODUTOS BIOLÓGICOS:** Preencher a requisição, se for caso disso;
- f) **EXAMES REALIZADOS NO BLOCO OPERATÓRIO ANEXADOS AO PROCESSO:** O Cirurgião deve providenciar para que todos os exames subsidiários produzidos no Bloco Operatório durante o acto operatório sejam colocados no processo clínico, nos locais apropriados;
2. O Cirurgião no espaço próprio tem de assinar, colocar o n.º mecanográfico, datar e registar a hora e verificar se a folha está identificada com a etiqueta do doente.
3. O doente só deve sair do recobro, para o serviço, após a validação dos campos 1 a 6 pelo Cirurgião;
4. O preenchimento dos campos de **7 a 20** são da responsabilidade do **Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)**, da seguinte forma:
- a) **FOLHAS DO REGISTO ANESTÉSICO NO PROCESSO CLÍNICO:** Colocar as folhas anestésicas (da operação e do recobro) do doente no processo;
 - b) **FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:** Folha preenchida pelo Enfermeiro circulante durante o acto cirúrgico, onde serão colocadas as vinhetas de todos os materiais, próteses ou implantes aplicados no doente;
 - c) **RESPEITAR A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO CLÍNICO:** Colocar as folhas no processo clínico produzidas no Bloco Operatório nos lugares destinados para o efeito;
 - d) **FOLHA DE MARCAÇÃO OPERATÓRIA:** Preencher a hora de saída do Recobro (Enfermeiro da UCPA) na folha de marcação de cirurgia (IMP.085) e retirá-la do processo, colocando-a no local devido (registos clínicos);
 - e) **PENSO OPERATÓRIO LIMPO:** Verificar o estado do penso antes da alta para o respectivo Serviço;
 - f) **VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DOS DRENOS:** Verificar o estado e funcionamento dos drenos, se for caso disso, antes da alta para o Serviço;
 - g) **PERFUSÃO E ZONAS DE PUNÇÃO:** Verificar o estado dos soros e locais de inserção de cateteres (centrais e/ou periféricos);
 - h) **CUIDADOS DE HIGIENE REALIZADOS:** Verificar antes da alta o estado de higiene geral do doente, nomeadamente no que respeita a urina, fezes e vómitos;
 - i) **DESPISTE DE GLOBO VESICAL:** Verificar antes da alta se existe globo vesical. No caso de doente algaliado vigiar a diurese;
 - j) **MEDICAÇÃO PRESCRITA REALIZADA:** Confirmar na folha de terapêutica se o doente enquanto está no recobro tem medicação para realizar, incluindo medicação do Cirurgião. Em caso afirmativo administrá-la e registar no *Bsimple*.
 - k) **DOENTE DEVIDAMENTE AQUECIDO:** Confirmar que o doente, antes da alta, está devidamente aquecido;
 - l) **DOENTE DEVIDAMENTE ACORDADO NA ALTURA DA TRANSFERÊNCIA:** Verificar se o doente está devidamente acordado antes da transferência para o seu Serviço;
-

- m) **DOENTE COM ALTA ASSINADA:** Confirmar aquando da alta do doente, se a folha do recbro tem a alta assinada;
- n) **TRANSMISSÃO ORAL DE INFORMAÇÕES RELEVANTES:** Transmitir ao Enfermeiro que acompanha o doente para o Serviço eventuais informações orais dadas quer pelo Cirurgião quer pelo Anestesista, que embora estejam escritas no processo, sejam importantes para o doente no pós operatório no Serviço Cirúrgico;
5. O Enfermeiro no espaço próprio tem de assinar, colocar o n.º mecanográfico, datar e registar a hora;
6. O **Enfermeiro do Serviço Cirúrgico** que recebe o doente deve conferir os campos de **7 a 20** preenchendo os locais apropriados e no fim, assinar, colocar o n.º mecanográfico e registar a hora.

Nota – A detecção de não conformidades no preenchimento deste impresso deve ser registada na aplicação, destinada à declaração de eventos adversos da Gestão do Risco – HER+.

6. ANEXO

- IMP.BOP.004 – Lista de Verificação Pós-Operatória
- IMP.085 – Marcação de Cirurgia

ELABORADO
Enfermeira do Bloco Operatório
Celeste Machado
Gestora Local do Risco
Sofia Rodrigues
Gestora Local do Risco
Liliana das Neves

VALIDADO
Diretor do Bloco Operatório
Luís Dias
Diretor do Serviço de Anestesiologia
António Melo
Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório
Nuno Lago
Gestor do Risco Clínico
Paulo Gouveia
Gestora do Risco Geral
Sílvia Oliveira

APROVADO
Diretor Clínico
António Bessa Peixoto
Enfermeira Diretora
Fátima Faria

ANEXO VIII - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO



PROCEDIMENTO GERAL PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

PRO.123.02

1. OBJETIVO

Estabelecer as recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico.

2. ÂMBITO

Aplica-se aos Serviços Cirúrgicos e Bloco Operatório do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao grupo coordenador local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

Crítérios do Manual CHKS: 14.14; 14.16; 14.35.

Infeção do Local Cirúrgico (ILC) – A infeção do local cirúrgico é uma infeção associada aos cuidados de saúde, que ocorre através da infeção da ferida cirúrgica.

As infeções relacionadas com a ferida cirúrgica dividem-se em três tipos:

- Incisionais superficiais;
- Incisionais profundas;
- Órgão ou espaço.

Classificação da Ferida Cirúrgica (Altemeier) – As feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, seguindo as definições dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC):

- **Limpa** – é a ferida operatória não infetada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratórias, digestiva, genital ou urinária. Para além disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.
- **Limpa-contaminada** – é a ferida operatória em que se entra nas vias respiratórias, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infeção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.
- **Contaminada** – inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal e as incisões onde se verificou inflamação aguda, não purulenta.

- **Suja ou Infetada** – inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em que há infeção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infeção pós operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

MRSA – *Staphylococcus aureus* Resistentes à Meticilina

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A infeção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção nosocomial da corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais, uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes, correspondendo a cerca de 20% das mesmas e está associada a alta morbilidade, mortalidade e custos.

Segundo dados internacionais, 2 a 5% dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, desenvolvem uma infeção do local cirúrgico levando a um aumento de 7-10 dias de internamento. Cada doente com ILC aumenta 2-11 vezes o risco de morte comparado com doentes operados e que não apresentam infeção.

A probabilidade de uma infeção ocorrer é diretamente proporcional ao grau de contaminação bacteriana e à virulência do microrganismo, e inversamente proporcional à resistência do hospedeiro. A contaminação da ferida cirúrgica pode ser endógena (bactérias do próprio doente) ou exógena (bactérias estranhas ao doente – da equipa cirúrgica, dos dispositivos médicos, das superfícies, dos equipamentos e do ar).

O risco de infeção está relacionado com fatores intrínsecos (diabetes, tabagismo, terapêutica com esteroides, estado nutricional), aspetos da preparação pré-operatória e fatores intra e pós-operatórios.

A preparação pré-operatória do doente, o banho, a tricotomia, a preparação pré-cirúrgica das mãos da equipa cirúrgica, a profilaxia antibiótica e a duração do internamento pré-operatório são fatores a ter em consideração.

O ambiente no Bloco Operatório, o vestuário dos profissionais do Bloco, os campos cirúrgicos, a assépsia e a técnica cirúrgica são fatores intraoperatórios que condicionam o aparecimento da infeção do local cirúrgico.

O fator pós-operatório mais importante é o penso e a sua técnica de execução.

RECOMENDAÇÕES

A. Pré-operatório

1. Controlar a diabetes e o tabagismo (encorajar o doente a deixar de fumar 30 dias antes da intervenção);
2. Melhorar o estado de nutrição nos doentes desnutridos, antes de cirurgia eletiva;
3. Identificar e tratar infeções antes de cirurgias eletivas;

4. Evitar internamento pré-operatório prolongado;
5. Não efetuar tricotomia por rotina. Se esta for necessária, deve ser realizada com máquina elétrica imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
6. Antes de iniciar a tricotomia, colocar proteção de papel de celulose sob o doente, para evitar sujar o lençol com pelos;
7. Providenciar banho do doente com Clorohexidina aquosa no dia antes e no dia da cirurgia. Todos os doentes que vão ser submetidos a cirurgia eletiva devem:
 - a) Ser submetidos a 2 banhos prévios à intervenção cirúrgica, com Clorohexidina, um na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia (com, pelo menos, 2 horas de antecedência);
 - b) Na cirurgia de ambulatório, deve ser fornecido ao doente, na consulta prévia, esponja impregnada com clorohexidina para realização de higiene pré operatória em casa;
 - c) Na cirurgia convencional em que o doente é admitido no próprio dia da cirurgia deve ser fornecido, na consulta prévia, esponja impregnada com clorohexidina para realização de higiene pré operatória em casa;
8. Efetuar o banho do doente com Clorohexidina da seguinte forma:
 - a) Banho no chuveiro:
 - Com a pele previamente molhada, aplicar Clorohexidina em todo o corpo, friccionando a pele da zona a ser intervencionada durante 2 a 3 minutos;
 - **Não aplicar na cara;**
 - Se for cirurgia da cabeça (pele íntegra), pode-se aplicar no couro cabeludo mas com cuidado, para não atingir os olhos e os ouvidos;
 - Retirar a Clorohexidina com água abundante;
 - Não aplicar em crianças com idade inferior a 2 meses, em mulheres grávidas ou a amamentar.
 - b) Banho no leito:
 - Colocar Clorohexidina em esponja previamente molhada;
 - **Não aplicar na cara;**
 - Aplicar no corpo, friccionando a pele da zona a ser intervencionada durante 2 a 3 minutos;
 - Se for cirurgia da cabeça (pele íntegra), pode-se aplicar no couro cabeludo mas com cuidado, para não atingir os olhos e os ouvidos;
 - Retirar a clorohexidina com água e esponja limpa.
9. Aplicar Mupirocina nasal, de 8/8 horas, em doentes portadores de MRSA, pelo menos 72 horas antes da cirurgia;
10. Efetuar ensino ao doente para realizar higiene oral. Recomenda-se a higiene oral com Clorohexidina gargarejos em doentes independentes internados há mais de 72 horas, em doentes dependentes e em doentes portadores de MRSA;

11. Vestir o doente com roupa apropriada e que facilite a colocação de dispositivos invasivos. Considerar também o conforto e dignidade do doente (bata de tecido não tecido sem manga, cueca descartável, meias e barrete; chinelos descartáveis e roupão – cirurgia de ambulatório);
12. Administrar o antibiótico profilático de acordo com os protocolos específicos de cada especialidade, no início da indução anestésica, dentro dos 60 minutos antes da incisão, de acordo com tempo de ação do antibiótico, exceto para a Vancomicina e Ciprofloxacina, que deverá ser duas horas antes;
13. Repetir a dose quando há uma excessiva perda de sangue, ou se a cirurgia se prolongar para além da semivida do antibiótico;
14. Suspender a profilaxia após o ato cirúrgico ou até 24 para situações específicas e de acordo com o protocolo de cada Serviço.

B. Perioperatório

1. Realizar a preparação pré-cirúrgica das mãos de acordo com o PRO.039 – *Higiene das mãos*;
2. Efetuar a preparação antisséptica da pele do doente antes da incisão:
 - Em pele íntegra, recomenda-se a utilização de solução de base alcoólica Skin Prep® (Propanol + Clorhexidina) ou Braunoderm® (Propanol + Iodopovidona), que deve atuar +- 30 segundos, antes da incisão. Se for usada solução aquosa de Iodopovidona, deve atuar 2 minutos antes da incisão;
 - Em pele não íntegra e mucosas, recomenda-se a utilização de solução aquosa de Iodopovidona Dérmica e a Ginecológica;
 - Em cirurgias de Oftalmologia, recomenda-se o uso de Iodopovidona Oftálmica;
 - Em cirurgias de Ortopedia, no caso de doentes com feridas traumáticas sujas, pode ser usada Iodopovidona Espuma para facilitar a remoção de corpos estranhos;
3. Aplicar o antisséptico com movimentos circulares, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir o alargamento da incisão ou a colocação de drenos;
4. No caso de se utilizarem películas cutâneas após a desinfecção da pele, estas devem conter antisséptico;
5. Utilizar kits cirúrgicos e compressas de tecido não tecido;
6. Cumprir os princípios básicos de assepsia nos vários procedimentos:
 - a) Na colocação de dispositivos intravasculares, cateteres anestésicos e epidurais ou na administração de fármacos endovenosos;
 - b) Manipular os tecidos com suavidade, manter uma hemóstase eficaz, minimizar o tecido desvitalizado e corpos estranhos e erradicar os espaços mortos no local cirúrgico;

- c) Quando o cirurgião considerar que existe contaminação significativa do local cirúrgico fazer encerramento primário retardado ou deixar a incisão encerrar por segunda intenção;
 - d) Se for necessário colocar drenos, utilizar drenagem em circuito fechado. Colocar o dreno através de incisão separada, distante da incisão operatória. Remover o dreno logo que possível;
- 7. Minimizar o tempo operatório o máximo possível; Não utilizar irrigação com iodóforos aquosos antes do encerramento da incisão;
 - 8. Limpar a sutura e a área adjacente com Soro Fisiológico antes de colocar o penso oclusivo. Não utilizar antissépticos tópicos locais antes ou logo após o encerramento da incisão;
 - 9. Manter a normotermia (temp. central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) no peri-operatório e no pós-operatório imediato;
 - 10. Manter uma ótima oxigenação durante a cirurgia e no pós-operatório imediato;
 - 11. Confirmar que o nível de glicemia do doente se mantém ≤ 180 mg/dL durante toda a cirurgia, e nas 24 horas seguintes.

C. Pós-operatório

- 1. Preparar o carro de pensos para cada doente e desinfetá-lo com álcool a 70% entre cada utilização;
- 2. Efetuar tratamento à ferida cirúrgica com técnica asséptica *non-touch*. Geralmente é efetuado 48 horas após a cirurgia. Não há consenso sobre a necessidade de cobrir a incisão após as primeiras 48 horas, ou a altura apropriada do doente poder tomar banho sem cobertura da incisão;
- 3. Higienizar as mãos de acordo com os 5 momentos;
- 4. Usar embalagens individuais de Soro Fisiológico para limpeza da ferida cirúrgica;
- 5. Não usar antissépticos e antimicrobianos tópicos na ferida cirúrgica. Na ferida que fecha por segunda intenção, podem ser usados pensos hidrocoloides ou impregnados com antisséptico, ou ainda sistemas de pressão negativa;
- 6. Em feridas infetadas com pus, pode ser necessário remover a sutura, colocar drenos e administrar antibióticos. Recomenda-se a realização de exame microbiológico através da colheita de produto com técnica assética, em vez de colheita por zaragatoa;
- 7. Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local da incisão e sintomas de infeção.

D. Vestuário, Fatos de Circulação e Equipamento de Proteção

- 1. A equipa cirúrgica não pode usar acessórios, verniz, unhas artificiais ou outros artefactos;
- 2. Utilizar máscara que cubra totalmente a boca e o nariz, nas áreas restritas, se entrar na sala durante uma intervenção, durante a preparação das mesas, ou em qualquer altura em que os instrumentos

estão expostos. Manter a máscara colocada durante toda a intervenção (mudar se estiver húmida). De preferência, durante as intervenções usar máscara com atilhos;

3. Utilizar barrete que cubra totalmente o cabelo e cobertura para a barba, em todas as áreas restritas e não restritas;
4. Utilizar óculos ou máscara com viseira em situações de maior risco de salpicos;
5. Utilizar batas impermeáveis com reforço na área abdominal e antebraços;
6. Utilizar socos sem aberturas na parte superior. Não utilizar proteção de calçado dentro da sala cirúrgica;
7. Mudar de luvas em SOS e após duas a três horas de utilização (ter em atenção as instruções do fabricante). Desinfetar as mãos com solução alcoólica (que deverá existir na sala operatória) entre este procedimento;
8. Substituir fatos e socos sempre que molhados ou contaminados;
9. Cumprir as recomendações para a utilização dos fatos de circulação e de casacos de proteção.

E. Controlo Ambiental no Bloco Operatório

1. Limitar o número de pessoas presentes na sala apenas àquelas cuja presença é necessária para a intervenção;
2. Manter as portas da sala cirúrgica fechadas;
3. Monitorizar a ventilação, temperatura e humidade das salas cirúrgicas, de acordo com as recomendações específicas para estas áreas;
4. Proceder à higienização das respetivas áreas, de acordo com os níveis de risco e tendo em conta procedimentos específicos para as diferentes áreas;
5. Cumprir os vários circuitos estabelecidos no Bloco Operatório;
6. Monitorizar o controlo microbiológico, efetuado pela Entidade Gestora do Edifício, por forma a verificar a aceitabilidade dos resultados do mesmo. Outros estudos microbiológicos das superfícies são aconselhados quando integrados numa investigação epidemiológica de um surto ou para sensibilização dos profissionais para as boas práticas;
7. Controlar a qualidade da esterilização dos dispositivos médicos reutilizáveis provenientes da Central de Esterilização (monitorização dos indicadores de esterilização).

F. Feixe de intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

O conceito de feixe de intervenções aplica-se a um conjunto de boas práticas validadas por consenso internacional.

O feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico, consiste no cumprimento de 5 itens:

1. Realização de banho com clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
2. Administração de antibiótico profilático no início da indução anestésica, dentro dos 60 minutos anteriores à incisão, sempre que indicado (em dose única ou durante o máximo de 24 horas);
3. Realização de tricotomia com máquina, apenas se necessário e imediatamente antes da cirurgia;
4. Manutenção de normotermia no peri-operatório ((temp. central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$);
5. Manutenção de níveis de glicemia ≤ 180 mg/dL durante toda a cirurgia, e nas 24 horas seguintes.

G. Vigilância Epidemiológica

1. Articulação/colaboração entre o GCL-PPCIRA, a Direção de Gestão do Contrato e os Serviços Cirúrgicos (Ortopedia, Ginecologia, Senologia e Cirurgia Geral), na implementação de estudos de incidência de infeção utilizando o Programa Europeu de Vigilância Epidemiológica SSHAI (programa de vigilância epidemiológica em rede nacional, com base na rede europeia) de acordo com a IDT.CCI.001 – *Estudo de incidência de infeção do local cirúrgico – HAI NET*;
2. Aplicação do feixe de intervenções para prevenção da infeção no local cirúrgico no Bloco Operatório, que pode ser aplicada a todas as especialidades cirúrgicas;
3. Elaboração de planos de ação de acordo com os resultados da monitorização contínua das taxas de infeção;
4. Divulgação periódica dos resultados a todos os profissionais que integram as equipas cirúrgicas.

6. ANEXOS

- IMP.080 – Monitorização do feixe de intervenções da prevenção da infeção do local cirúrgico;
- IMP.BOP.039 – Prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias de cólon e reto e colecistectomia – feixe de intervenções;
- IMP.BOP.040 – Prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias de próteses da anca e joelho – feixe de intervenções;
- IMP.UCA.011 – Prevenção da infeção do local cirúrgico em colecistectomia (ambulatório) – feixe de intervenções;
- IDT. 244 – Utilização da esponja com clorohexidina no banho pré-operatório;
- IDT. 245 – Utilização das esponjas com clorohexidina nos banhos pré-operatórios.

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- PRO.126 – Prevenção e controlo de infeção transmitida por MRSA;
- IDT.CCI.001 – Estudo de incidência de infeção do local cirúrgico – HAI NET Cirurgia;
- IDT.032 – Utilização da máquina de tricotomia;
- IDT.061 – Prevenção da infeção na preparação pré-operatória do doente na área de admissão centralizada;
- IDT.CIR.003 – Otimização das intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia de cólon e reto
- Norma nº 020/2015 – Feixe de intervenções da prevenção da infeção do local cirúrgico – Direção Geral da Saúde.

REVISTO
Médica do GCL-PPCIRA
Adelaide Alves

VALIDADO
Coordenadora do GCL-PPCIRA
Isabel Veloso

APROVADO
Diretor Clínico
Alberto Bessa Peixoto
Enfermeira Diretora
Fátima Faria

Aprovação: 02/11/2018

Revisão: 02/11/2021

8/2

ANEXO IX - RELATÓRIO AUDITORIA INTERNA CIRURGIA SEGURA



RELATÓRIO AUDITORIA INTERNA

SERVIÇO/ ÁREA AUDITADA:

Bloco Operatório

DATA AUDITORIA: 29/ 10/ 2018

Auditoria ao indicador de processo - Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

COLABORADORES AUDITADOS:

Todos os colaboradores e utilizadores do Bloco Operatório que constituem a Equipa cirúrgica, com os seguintes objetivos:

- Avaliar se a Lista de Verificação Segurança Cirúrgica (LVSC) é aplicada de forma sistemática em todos os procedimentos cirúrgicos e se a mesma é registada no processo clínico do doente;
- Monitorizar a Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Indicador de Processo constante na Norma nº 002/2013 atualizada a 25/06/2013 da DGS: *Cirurgia Segura, Salva Vidas*).

PONTOS FORTES OBSERVADOS E CONSTATAÇÕES GERAIS DA AUDITORIA:

Os critérios de auditoria utilizados foram os que constam no modelo da DGS- Cirurgia Segura, Salva Vidas - grelha de auditoria interna, tendo sido avaliado o cumprimento dos itens que compõem a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em cada fase prevista (Antes da Indução da Anestesia, Antes da Incisão na Pele, Antes de o Doente sair da Sala Operatória).

No decorrer da auditoria foram constatados os seguintes pontos fortes:

- Boa receptividade dos profissionais aos auditores;
- Alguns profissionais demonstram ainda alguma resistência à utilização desta lista;
- Assistiu-se a uma sequência de verificações de rotina pelos profissionais em todas as cirurgias, nomeadamente os constante no IMP.BOP.003 - *Lista de Verificação Pré-Operatória* entre outros;
- O conhecimento dos diversos protocolos de antibioterapia por especialidade e a sua disponibilidade nas salas cirúrgicas;
- O conhecimento do protocolo do Tromboembolismo Venoso.



RELATÓRIO AUDITORIA INTERNA

OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Nº OBS	CONSTATAÇÃO	SUGESTÃO DE MELHORIA	CRITÉRIOS/ REQUISITOS
1	Necessidade de acompanhamento do projeto Cirurgia Segura Salva Vidas	Sensibilizar os profissionais para a importância da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Manter a monitorização dos resultados e implementação de estratégias de melhoria sempre que necessário.	44.25

DECURSO E CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

A Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi obtida pela presente auditoria interna, e corresponde ao nº de não conformidades detetadas por observação do procedimento. Foi calculada com base no nº de não conformidades registadas em sede de auditoria: (n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna) / n.º total de respostas x 100 (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis).

Foram realizadas 12 auditorias no mês de Outubro de 2018, tendo sido apurado o seguinte resultado:

- O total global de **não – conformidade** da utilização da LVSC foi de 0%.
- A taxa de **conformidade** foi de 100%.

Face aos objetivos definidos, conclui-se ainda que:

É impossível efetuar a observação total da amostra prevista para cumprimento da orientação da DGS, face ao elevado número de cirurgias e ao tempo necessário à avaliação de todas as fases previstas, para cada cirurgia observada.

EQUIPA AUDITORIA:

Dr.ª João Ramos | Enf.ª Ana Sofia Rodrigues

DATA RELATÓRIO: 29/ 10 / 2018

ANEXO X - POLÍTICA IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES



POLÍTICA IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES

POL.015.02

1. OBJETIVO

Definir o modo de identificação dos doentes no Hospital de Braga.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade da Comissão Executiva a implementação desta Política.

4. REFERÊNCIAS

Critérios do Manual CHKS[2016]: 10.13; 10.14; 28.35; 39.82.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A correta identificação de todas as pessoas que circulam numa grande organização é fundamental por razões de segurança, e numa complexa organização Hospitalar, a identificação dos doentes é parte fundamental de toda a estrutura identificativa.

Assim, é Política do Hospital de Braga uma correta e inequívoca identificação de todos os doentes de modo a garantir não só a sua segurança mas também garantir que todos os procedimentos são realizados no doente correto.

Desta forma, o Hospital de Braga deve providenciar e garantir o seguinte:

1. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:
 - a) O nome completo;
 - b) A data de nascimento;
 - c) O número único de processo clínico na instituição.
2. Todos os doentes admitidos em regime de internamento, cirurgia de ambulatório, serviço de urgência e serviços onde são efetuados procedimentos de risco elevado (Imagiologia, Gastrenterologia, Hospital de Dia, etc.) têm de ser portadores de uma pulseira identificativa;
3. Todos os doentes têm um processo (eletrónico e/ou físico) com um número identificativo único;
4. É ainda de importância crucial que sempre que um doente vai ser submetido a um procedimento, o executor desse procedimento verifique sempre a identificação do doente de forma a minimizar o eventual risco de troca de identidade.

6. ANEXO

- PRO.052 - Identificação de Doentes.

REVISTO	VALIDADO	APROVADO
Gestor de Risco Clínico Paulo Gouveia Coordenadora do Gabinete da Gestão do Risco Sílvia Oliveira	Diretora da Qualidade Teresa Magalhães Ferreira	Administradora Executiva Maria Barros
<hr/>		
Aprovação: 17/10/2018 Revisão: 17/10/2021 2/2		

ANEXO XI - IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES



PROCEDIMENTO GERAL IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES

PRO.052.02

1. OBJETIVO

Garantir a identificação inequívoca dos doentes que recorrem ao Hospital de Braga.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor de Serviço, Enfermeiro Chefe e Responsáveis de Serviço a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS

Critérios do Manual CHKS [2016]: 10.13; 10.14; 28.35; 39.82.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A Política de identificação dos doentes, no Hospital de Braga, preconiza uma correta e inequívoca identificação de todos os doentes, de modo a garantir não só a sua segurança, mas também garantir que todos os procedimentos são realizados no doente correto.

Assim, para garantir uma identificação inequívoca dos doentes, deve proceder-se do seguinte modo:

1. Todos os doentes admitidos em regime de internamento, Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Urgência e Serviços onde são efetuados procedimentos de risco elevado (Imagiologia, Gastreenterologia etc.) têm de ser portadores de uma pulseira identificativa. Existe um sistema implementado de identificação que inclui:
 - a) Pulseira de plástico branca – Pulseiras utilizadas no internamento (adulto e pediátrico) e cirurgia de ambulatório;
 - b) Pulseira de plástico cor de rosa e azul (tamanho pediátrico) – Pulseiras colocadas aos recém – nascidos no bloco de partos;
 - c) Pulseiras da Triagem de Manchester – Serviço de Urgência;
 - d) Pulseiras brancas (sistema de triagem) – Angiografia e Gastreenterologia;
 - e) Pulseira de segurança eletrónica – A colocar em todos os recém-nascidos no Bloco de Partos, com exceção dos que nascem no Bloco Operatório central, cuja pulseira é colocada no internamento de Obstetria.

2. Relativamente à pulseira de identificação dos doentes:
 - a) Deve ser colocada pela equipa de enfermagem, em qualquer das circunstâncias de admissão do doente;
 - b) Devem ser conferidos os dados do doente com os da pulseira antes de a colocar, mesmo que se conheça bem o doente. É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira;
 - c) Deve ser explicado ao doente a razão desta intervenção, por forma a envolvê-lo nesta medida de segurança, aquando da colocação da pulseira;
 - d) Deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente, salvo se o doente for submetido a qualquer procedimento invasivo neste membro, se tiver traumatismo desse lado, ou por outro motivo que seja pertinente;
 - e) Uma pulseira danificada/ilegível deve ser substituída logo que possível.
3. Todos os profissionais devem garantir sempre, que estão a efetuar o procedimento certo ao doente certo, através da verificação da sua identificação.
4. A identificação do doente deverá ser sempre confirmada antes da realização de qualquer ação terapêutica, intervenção de enfermagem, consulta médica, exame de diagnóstico ou outra, através de uma identificação positiva (perguntar qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se).
5. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:
 - a) O nome completo;
 - b) A data de nascimento;
 - c) O número único de processo clínico na instituição.
6. No doente internado os dados de identificação devem ser confirmados com o doente, através:
 - a) da pulseira de identificação;
 - b) da identificação presente na cama;
 - c) da identificação presente na cabeceira da cama (quando aplicável).
7. O nome, presente na cabeceira da cama, poderá não ser igual ao da pulseira, na medida em que pode ser colocado o nome pelo qual o doente prefere ser tratado (podendo conter o grau académico ou outro título), mas a utilização deste nome (intuito de humanização dos cuidados) não invalida a necessidade de confirmação positiva da identidade do doente.
8. O número do quarto ou da cama de um doente nunca devem ser considerados dados de identificação fidedignos.
9. O uso da pulseira de identificação implica a confirmação verbal, de forma positiva, da identificação do doente (perguntar "Como se chama?" e não "Chama-se....?").

10. A pulseira serve como meio complementar de identificação segura.
11. Devem comparar-se os dados da pulseiras de identificação com os do processo clínico, envolvendo, sempre que possível, o doente no processo de verificação da identificação. Caso o doente não esteja em condição de responder ou seja uma criança, a sua identificação deverá ser confirmada com um acompanhante.
12. Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas. As medidas alternativas podem passar pela colocação de uma pulseira ou etiqueta de identificação numa peça de roupa ou no monitor.
13. Na unidade de cuidados intensivos e por razões clínicas não é colocada a pulseira de identificação, sendo a identificação validada no monitor junto à cama e na cama. Contudo, sempre que o doente sai do serviço deve-lhe ser colocada a pulseira.
14. Na Neonatologia, e por razões clínicas, não é colocada pulseira de identificação no recém nascido, sendo colocada etiqueta no cartão com o nome do recém nascido, do lado de fora da incubadora. Contudo, sempre que o recém nascido sai do serviço deve-lhe ser colocada a pulseira.
15. Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação (ex. doente não identificado no Serviço de Urgência), a pulseira a ser colocada deve conter a informação "nome – masculino/feminino não identificado" e o número de processo único provisório, até que seja possível validar a sua identificação, efetuando a substituição da pulseira de identificação.
16. Em caso de recusa do doente, a pulseira pode não ser logo colocada, mas deverá ser reiterada a explicação da razão de ser do procedimento e o esclarecimento de dúvidas. Deverá ser registado no processo clínico o motivo da não colocação da pulseira e da recusa do doente.
17. Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. Recorrer sempre a dois dos três elementos e nunca só a um.
18. Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente, não se deve realizar a intervenção até que isso aconteça.
19. Antes da saída dos doentes e após confirmada a Alta Clínica, a pulseira será retirada pelo enfermeiro responsável pelo doente.
20. Semestralmente, a Gestão do Risco audita a conformidade deste procedimento, produzindo um relatório da mesma.

6. ANEXOS

- POL.015 – Identificação dos doentes;
- IMP.237 – Auditoria de identificação do doente.